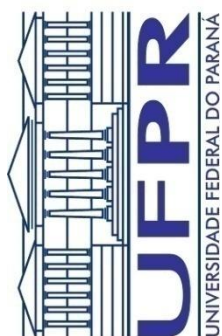
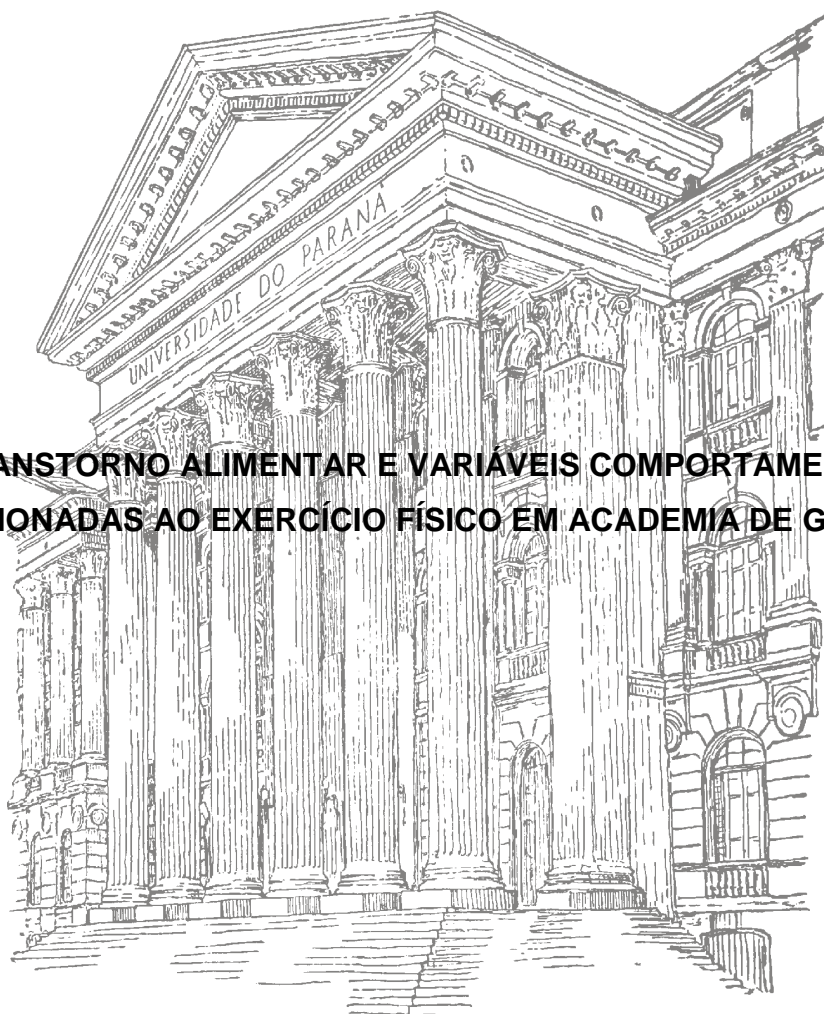


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

ANDRÉIA WEIS

**TRANSTORNO ALIMENTAR E VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS
RELACIONADAS AO EXERCÍCIO FÍSICO EM ACADEMIA DE GINÁSTICA**



**CURITIBA
2013**

ANDRÉIA WEIS

**TRANSTORNO ALIMENTAR E VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS
RELACIONADAS AO EXERCÍCIO FÍSICO EM ACADEMIA DE GINÁSTICA**

**Dissertação apresentada como
requisito parcial para a obtenção do
Título de Mestre em Educação Física
do Programa de Pós-Graduação em
Educação Física, do Setor de Ciências
Biológicas da Universidade Federal do
Paraná.**

Orientador: Ricardo W. Coelho, PhD

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDRÉIA WEIS

“Transtorno alimentar e variáveis comportamentais em relação ao exercício físico em academia de ginástica”

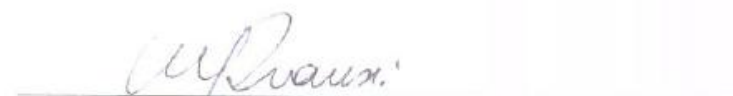
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Física – Área de Concentração Exercício e Esporte, Linha de Pesquisa de Comportamento Motor, do Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:



Professor Dr. Ricardo Weigert Coelho
Presidente/Orientador



Professor Dr. Raul Osiecki
Membro Interno



Professora. Dra. Maressa Priscila Krause
Membro Externo

Curitiba, 27 de Março de 2013.

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar variáveis comportamentais relacionadas ao exercício físico (compromisso ao exercício físico, modalidades praticadas, objetivos para prática e características de treinamento) em pessoas com transtorno alimentar frequentadoras de uma academia de ginástica de Balneário Camboriú - SC. Participaram da pesquisa 239 indivíduos, sendo 139 mulheres (32,2, $\pm 11,0$ anos) e 100 homens (31,4, $\pm 13,1$ anos). Os sujeitos responderam o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) para identificar sintomas de TA, a Escala de Compromisso ao Exercício Físico (ECE) para verificar o compromisso ao exercício físico, e uma anamnese estruturada para determinar os demais comportamentos de treinamento. Foram empregados a estatística descritiva, *correlação de Pearson*, *teste t independente* e *qui-quadrado* ($p < 0,05$), executados pelo programa estatístico SPSS for Windows 18.0. A prevalência de TA foi maior em mulheres (40,3%) em relação aos homens (17%). As correlações entre os escores do EAT-26 e ECE se apresentaram baixas ($n=239$), mas com significância estatística, $r = 0,36$ ($p < 0,001$) para o grupo todo, $r = 0,31$ ($p < 0,001$), para homens e $r = 0,43$ ($p < 0,001$) para mulheres. Apesar da correlação se mostrar baixa, houve diferenças significativas nas médias da ECE entre os indivíduos com sintomas de TA e os indivíduos sem TA, 79,54 cm ($\pm 19,84$) e 66,08 cm ($\pm 21,27$), respectivamente. As modalidades de exercício associadas aos indivíduos com TA foram a de “ginástica localizada” e “atividades aeróbicas” ($p < 0,001$), através do teste qui-quadrado. Os objetivos para prática de exercício na academia relacionados positivamente a sujeitos com TA foram “emagrecimento ou redução do percentual de gordura” ($p < 0,001$), e associadas negativamente foram a “melhora da aptidão física” e “hipertrofia muscular” ($p < 0,05$). Entre as variáveis de treinamento, houve associação na variável “duração da sessão de treino” ($p < 0,001$) e não houve para a “idade de início de exercício em academia”, “o tempo de prática de exercício em academia” e a “frequência semanal”. Através dos resultados pode-se concluir que os indivíduos com TA apresentam um comprometimento maior com o exercício físico e o praticam com o objetivo de emagrecimento e/ou redução do percentual de gordura.

Palavras-chave: Transtornos alimentares; Compromisso com o exercício físico; Academia de ginástica.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze behavioral variables related to physical exercise (commitment to physical exercise, modalities that are practiced, objectives for practice and training characteristics) in people with eating disorders attending a fitness center in Balneário Camboriú - SC. There were 239 individuals who participated in the survey: 139 women (32.2, \pm 11.0 years) and 100 men (31.4, \pm 13.1 years). The subjects answered the Eating Attitudes Test (EAT-26) to identify symptoms of ED, the Commitment to Exercise Scale (CES) to verify the commitment to exercise and an interview structured by the researcher to determine the other behavior of training. Descriptive statistics were used, as well as Pearson correlation, independent *t* test and chi-square test ($p < 0.005$), executed on the statistics program SPSS for Windows 18.0. The prevalence of ED was higher in women (40.3%) than men (17%). The correlations between the scores of the EAT-26 and CES presented to be low ($n=239$), but statistically significant, $r=0.36$ ($p < 0.001$) for the whole group, $r=0.31$ ($p < 0.001$) for men and $r=0.43$ ($p < 0.001$) for women. Despite the correlation proves to be low, there were significant differences in the CES averages among individuals with ED symptoms and those without ED, 79.54 cm (\pm 19.84) and 66.08 cm (\pm 21.27), respectively. The exercise modalities associated with individuals with ED were “located gymnastics” and “aerobic activities” ($p < 0.001$), using the chi-square. The objectives for exercise practicing in the fitness center positively related to subjects with ED were “weight loss or reduction in body fat percentage” ($p < 0.001$), and negatively associated were the “improvement of physical fitness” and “muscle hypertrophy” ($p < 0.05$). Among the variables of training, there was no association in the variable “duration of the training session” ($p < 0.001$) and there wasn’t any association to “age at onset of exercise in the fitness center”, “the time of exercise training in the fitness center” and “weekly frequency”. From the results it can be concluded that individuals with ED have a greater commitment to exercise and they practice with weight loss and/or reduction in body fat percentage goal.

Keywords: Eating disorders; Commitment to physical exercise; Fitness Center.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01. Diferenças clínicas entre anorexia e bulimia	19
Quadro 02. Critérios diagnósticos para a anorexia nervosa	21
Quadro 03. Critérios diagnósticos para a bulimia nervosa	22
Figura 01. Relação entre transtorno alimentar, exercício físico e aspectos psicológicos.....	25
Figura 02. Esquema para coleta de dados.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Análise estatística e variáveis.....	35
Tabela 02: Dados socioeconômicos da amostra.....	36
Tabela 03: Caracterização do treinamento.....	37
Tabela 04: Frequência de Transtorno Alimentar e comparação entre gênero.....	38
Tabela 05. Valores de correlação entre o EAT-26 e ECE	39
Tabela 06. Médias e desvios-padrão da ECE	40
Tabela 07. Relação entre TA e Compromisso ao exercício	41
Tabela 08. Comparação entre modalidades praticadas e indivíduos com e sem sintomas de transtorno alimentar	42
Tabela 09. Associação entre modalidades e gênero para o grupo suscetível a TA.	43
Tabela 10. Objetivos com a prática do exercício na academia dos indivíduos com e sem TA	44
Tabela 11. Comparação entre objetivos na prática de exercício e grupo com TA ..	45
Tabela 12. Comparação entre variáveis de treinamento e TA	47

LISTA DE ANEXOS

Anexo 01 – Termo de autorização para a pesquisa da academia de ginástica	59
Anexo 02 – Teste de atitudes alimentares versão curta – EAT-26	61
Anexo 03 – Escala de Compromisso ao Exercício Físico	63
Anexo 04 – Anamnese	66
Anexo 05 – Parecer do comitê de ética e pesquisa	68
Anexo 06 – Termo de consentimento livre e esclarecido	72

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA	11
1.2 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	12
1.3.1 Objetivo geral	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Transtornos Alimentares	14
2.1.1 Anorexia Nervosa (AN)	15
2.1.2 Bulimia Nervosa (BN)	17
Diferença entre Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa	19
2.1.3 Transtorno Alimentare Sem Outra Especificação	20
2.2 Diagnóstico	20
2.3 Transtornos Alimentares e Exercício Físico	23
2.3.1 Tratamento multidisciplinar: O papel do educador físico	27
3. METODOLOGIA	30
3.1. Caracterização da pesquisa	30
3.2. População e amostra	30
3.4. Critérios de inclusão	31
3.5. Critérios de exclusão	31
3.6. Instrumentos	31
3.7. Delimitação do estudo	33
3.8. Limitações do Método	33
3.9. Aspectos éticos	33
3.10. Procedimentos de coleta	33
3.11. Análise dos dados	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5. CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	59

1. INTRODUÇÃO

Há uma exposição diária ao discurso de cultivar corpos perfeitos e saudáveis, ao mesmo tempo, em total contradição, a população é bombardeada com inúmeras opções de comidas, *fast foods* e alimentos “hipercalóricos”. Nesse contexto, como não surgirem transtornos relacionados à alimentação, se ao mesmo tempo em que se é submetido à norma da magreza a indústria convida a comer quase tudo?

A necessidade de se enquadrar nesta sociedade faz com que sejam lançados esforços e tentativas insanas, que podem resultar em consequências gravíssimas. Dentro disso, estão os quadros de transtornos alimentares (TA), segundo a American Psychiatric Association – APA (2006c), principalmente a anorexia nervosa, bulimia nervosa e o transtorno alimentar não especificado, desordens que afetam o psíquico e alteram a percepção corporal.

Estes transtornos acometem principalmente adolescentes e mulheres jovens em idade reprodutiva, mas, em proporções menores (representando apenas 10% dos casos) também são identificadas em homens (MELIN e ARAÚJO, 2002; BRASIL e MORAES, 2007). Os TA têm origem multifatorial, podendo ser desencadeados por fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005; BORGES et al., 2006).

Os transtornos alimentares se evidenciam da total abdicação de comida à extrema compulsão alimentar. Sendo a primeira, delineada como anorexia nervosa, caracterizada pela perda de peso e manutenção muito abaixo do normal para a altura, o indivíduo possui medo mórbido de engordar e sofre de distúrbio da imagem corporal (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 1992; APA, 1994a; DAVIS e KAPTEIN, 2006). A privação alimentar seguida por episódios alimentares compulsivos, que acarretam em sentimento de culpa pela grande quantidade de comida ingerida e aliviada através de métodos compensatórios, é identificada como bulimia nervosa (WHO, 1992; APA, 1994b; SHAPIRO et al., 2007). Já os transtornos alimentares não especificados incluem sintomas da anorexia ou bulimia sem preencher todos os critérios recomendados para os diagnósticos (APA, 2006c).

O diagnóstico correto dos transtornos alimentares pode ser dificultado pela não aceitação do indivíduo em procurar ajuda profissional, por não admitir que está doente ou por achar que irá conseguir se curar sem auxílio especializado. Com isso,

somente casos mais graves procuram tratamento, o que pode implicar em incidência e prevalência subestimadas (BORGES et al., 2006).

O exercício físico é uma das ferramentas comumente utilizadas para perda e manutenção do peso, mas no momento em que as sessões de treinamento se estendem por horas e são realizadas de forma exacerbada, o exercício passa a ser uma arma contra o próprio corpo, acarretando em problemas de ordem física e social (CLAUDINO e BORGES, 2002).

Por outro lado, o exercício físico monitorado e controlado por profissionais pode auxiliar os indivíduos saudáveis ou com transtornos alimentares, através de mecanismos fisiológicos envolvidos na melhora do humor, na diminuição dos sintomas ansiosos e até mesmo como forma de distração de problemas e tensões (MORGAN, 1985).

Encontra-se, então, duas vertentes da relação de exercícios físicos com os transtornos alimentares: a prática excessiva e descontrolada de pessoas com algum transtorno alimentar como método para perder peso e a possível intervenção com atividades supervisionadas em conjunto com o atendimento clínico (CUMMING et al., 2009).

Portanto, a finalidade do estudo foi verificar a relação entre transtornos alimentares e variáveis comportamentais perante o exercício físico (compromisso ao exercício físico, modalidades praticadas, objetivos para prática e características de treinamento) em uma academia de ginástica na cidade de Balneário Camboriú - SC.

1.1 JUSTIFICATIVA

Os transtornos alimentares a cada dia acometem um crescente número de indivíduos, recebendo a atenção de muitos profissionais, principalmente de áreas da saúde. A valorização excessiva da forma e do peso do corpo tem levado muitas pessoas, principalmente mulheres, a verdadeiros sacrifícios que podem comprometer a saúde, como dietas rígidas e exercícios físicos em excesso, com o intuito de conseguirem alcançar um corpo o qual consideram ideal.

Sendo o exercício um dos métodos utilizados por indivíduos com transtornos alimentares para manutenção e/ou redução do peso corporal e as academias de ginástica os locais para essa prática, estes ambientes podem receber um grande número de indivíduos com TA. Peñas-Lledó et al. (2002), afirmam que

aproximadamente 80% dos pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa (NA) e 55% dos pacientes com bulimia nervosa (BN) praticam exercício físico de forma inadequada em algum momento de sua história clínica.

Cabe ao profissional de educação física conseguir identificar comportamentos patológicos relacionados ao exercício, para realizar as orientações necessárias e encaminhar o aluno para o tratamento adequado se houver risco de desenvolver um transtorno alimentar.

A pesquisa se justifica pela relevância prática e direta na intervenção e prescrição do exercício, e identificação de comportamentos patológicos nos praticantes de exercício físico em academias de ginástica.

1.2 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Há relação entre transtornos alimentares e variáveis comportamentais de exercício físico em academia de ginástica?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo do estudo foi correlacionar transtornos alimentares e variáveis comportamentais perante o exercício físico (compromisso ao exercício físico, modalidades praticadas, objetivos para prática e características de treinamento) em frequentadores de uma academia de ginástica na cidade de Balneário Camboriú - SC.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar a prevalência de transtornos alimentares;
2. Determinar a correlação entre transtornos alimentares e compromisso ao exercício físico para amostra total e estratificando por gênero;

3. Identificar relação entre transtornos alimentares e as modalidades praticadas;
4. Identificar relação entre transtornos alimentares e objetivos para prática de exercício físico;
5. Identificar relação entre transtornos alimentares e características de treinamento.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transtornos Alimentares

Alguns autores afirmam que os transtornos alimentares possuem características em comum com o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). No entanto, são predominantemente descritos nos casos de anorexia nervosa (AN) (CORREGIARI et al., 2000, DAVIS e KAPTEIN, 2006). Roncero et al. (2011) afirmam que já foram identificadas em indivíduos com TA crenças sobre: responsabilidade aumentada, grande importância e controle dos pensamentos, superestimação de ameaças, intolerância à incerteza e perfeccionismo.

A caracterização do transtorno baseia-se na ocorrência de obsessões e/ou compulsões. As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens mentais recorrentes, intrusivos e desagradáveis, reconhecidos como próprios e que causam ansiedade ou mal-estar relevantes ao indivíduo (TORRES e SMAIRA, 2001).

Já as compulsões, são definidas pelos mesmos autores como comportamentos ou atos mentais recorrentes que o indivíduo é levado a executar voluntariamente em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras rígidas, para reduzir a ansiedade/mal-estar ou prevenir algum evento temido.

Assim, enquanto as obsessões causam desconforto emocional, os rituais compulsivos (sempre excessivos, irracionais ou mágicos) tendem a aliviá-lo, mas não são prazerosos. As ações são repetidas até que a pessoa se sinta melhor ou considere que aquilo está “certo” ou concluído (TORRES e SMAIRA, 2001).

Alguns indivíduos com transtornos alimentares podem apresentar quadros parciais de AN e BN, além dos transtornos sem outras especificações. Estes quadros ocorrem com cinco vezes mais frequência e são manifestações mais leves ou incompletas, mas com risco de evoluírem para um quadro mais grave (APA, 2006c).

Os transtornos acometem principalmente adolescentes e mulheres jovens em idade reprodutiva, mas, em proporções menores (representando apenas 10% dos casos), também são identificadas em homens (MELIN e ARAÚJO, 2002; BRASIL e MORAES, 2007).

A prevalência de anorexia, bulimia e transtorno sem outra especificação variam entre 1,2% e 4,3%, 0,9% e 2,9%, 1,9% e 3,6%, respectivamente para

mulheres, e de 0,24% e 0,3%, 0,1 e 0,5%, 0,3% e 2,1% entre homens (SMINK et al, 2012).

Tem origem multifatorial (biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares) e podem se estender por um longo período de tempo sem serem diagnosticados, tanto pelo sentimento de negação própria da condição patológica do indivíduo, como pelo tabu existente em torno dos sintomas dos transtornos alimentares, acarretando no aparecimento de comorbidades e agravos às condições de saúde (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005; BORGES et al., 2006).

Borges et. al. (2006) dividem os fatores desencadeadores dos transtornos alimentares em:

De predisposição: sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa auto-estima, perfeccionismo, dificuldade em expressar emoções.

Precipitantes: dieta, separação e perda, alterações da dinâmica familiar, expectativas irreais, proximidade da menarca.

Mantenedores: alterações endócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas, práticas purgativas.

Atitudes de comportamento alimentar preocupantes e problemáticas relativas ao medo da “gordura” são comumente encontradas (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005).

Após um entendimento geral dos transtornos alimentares, os mais prevalentes (anorexia, bulimia e transtorno sem outra especificação) serão abordados a seguir, destacando as particularidades de cada manifestação patológica.

2.1.1 Anorexia Nervosa (AN)

De origem grega, a palavra anorexia significa falta de apetite (*ann* = sem; *orexis* = desejo ou apetite) (BRASIL e MORAES, 2007). No entanto esta definição não é a que melhor caracteriza a doença, pois não há real perda de apetite, mas sim, a recusa em se alimentar. Cordás (2004b) afirma que a negação do apetite e o controle obsessivo do corpo tornam o termo alemão "pubertaetsmagersucht" (busca da magreza por adolescentes) mais adequado.

A opção em jejuar não significa, necessariamente, um transtorno alimentar. Sabe-se que vários povos antigos incentivavam o jejum voluntário como prática

religiosa, com o objetivo de purificação e afastamento do mundo material, também conhecida como anorexia santa (WEINBERG, 2010).

A anorexia é uma síndrome na qual o indivíduo mantém um peso baixo, como resultado da preocupação com o peso corporal, que pode ser entendido tanto como um medo de engordar, como pela busca da magreza (APA, 1994a; National Collaborating Centre for Mental Health - NCCMH, 2004). Na anorexia nervosa, o peso é mantido, pelo menos, 15 por cento abaixo do esperado, ou em adultos, o índice de massa corporal (IMC) é inferior a 17,5 kg/m² (WHO, 1992). Esta perda de peso pode fazer com que as mulheres que sofrem da doença tenham irregularidades no ciclo menstrual ou amenorréia.

Além desses aspectos relacionados ao peso corporal, os indivíduos com anorexia recusam a se alimentar e possuem grave distorção da imagem corporal (CORDÁS e CLAUDINO, 2002; APA, 1994a). Muitos dos sujeitos desenvolvem estratégias para reduzir o peso, o que pode incluir uso de laxantes e diuréticos, vômito autoinduzido e excesso de exercícios físicos (APA 1994a). No entanto, a perda de peso não diminui a insistência desmedida em continuar emagrecendo, cada vez mais, e o tanto quanto for possível, tampouco se satisfazem com a própria imagem.

Alguns indivíduos relatam que o início do quadro se deu após um fator estressante (comentário sobre seu peso, término de relacionamento ou perda de ente querido), e passam a viver exclusivamente em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, da contagem de calorias e do medo mórbido de engordar.

A condição geralmente começa com o comportamento de fazer dieta que podem evocar nenhuma preocupação, depois de um tempo, no entanto, aumentam as dietas, muitas vezes com uma série de características secundárias: isolamento social, rigidez e obsessão (NCCMH, 2004).

A anorexia pode ser classificada em dois tipos: restritivo, quando a perda de peso é alcançada a partir de dietas rígidas, jejuns e exercícios excessivos; e o subtipo purgativo, onde existem episódios de comer compulsivo seguidos de purgação mediante vômitos autoinduzidos e uso indevido de laxantes e diuréticos. O comportamento purgativo pode ocorrer mesmo sem ter havido episódio compulsivo anterior (SIM et al., 2010).

De acordo com Borges et al. (2006), a anorexia tipo purgativa pode se confundir com a bulimia nervosa em muitos aspectos, podendo ser diagnosticada com mais facilidade pela análise do peso corporal.

2.1.2 Bulimia Nervosa (BN)

A bulimia foi por muito tempo descrita como um sintoma, e não como uma patologia específica, representando o apetite voraz que alguns indivíduos apresentavam ao vivenciar um evento de ingestão excessiva de alimentos. Inicialmente essa patologia foi delineada como uma variante da anorexia nervosa (SILVA, 2005). É considerada como um transtorno alimentar específico desde 1980, com a publicação do DSM-III.

O termo bulimia origina-se do grego *bous* (boi) e *limos* (fome), Russel (1979) refere-se à uma fome tão grande que poderia comer um boi (BRASIL e MORAES, 2007; CORDÁS, 2004b).

A bulimia nervosa (BN) é caracterizada pela ingestão, de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período e sob circunstâncias similares, podendo chegar até 5.500 kcal (SILVA, 2005). Este episódio é acompanhado por um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar (por exemplo, um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que e/ou o quanto está comendo) (NCCMH, 2004). Na maioria das vezes são seguidos de comportamentos compensatórios que visam “eliminar” os alimentos ingeridos por meio de vômitos autoinduzidos, abuso de diuréticos e laxantes e prática de excessiva de exercícios físicos (APA, 2006c).

O perfil da alimentação depende de uma série de fatores, incluindo a oportunidade de purgação, o tipo de alimento disponível e o humor (BORGES et al., 2006; NCCMH, 2004). O vômito autoinduzido é muito comum, sendo encontrado em até 95% dos pacientes (CORDÁS, 2001a).

A frequência e duração mínima dos episódios de compulsão e dos métodos compensatórios que os acompanha, seriam de duas vezes por semana durante três meses (CLAUDINO e BORGES, 2002). No entanto, Silva (2005) afirma que os eventos de compulsão podem acontecer entre uma e sete vezes em um único dia, com tendência de ocorrer no final da tarde e início da noite.

A manutenção do peso normal, apesar da excessiva preocupação com o corpo, representa um dos aspectos básicos da diferenciação entre os diagnósticos de anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) (NCCMH, 2004). Já que na anorexia os indivíduos não apenas tem medo de engordar, como também querem se manter muito abaixo do peso ideal, cada vez querendo emagrecer mais e mais.

Semelhante à anorexia nervosa, a bulimia é dividida em dois tipos: purgativa, associada à utilização de laxantes, diuréticos ou enemas e vômitos; e não purgativa, onde há ocorrência de jejuns prolongados e exercícios físicos em excesso, como mecanismos compensatórios (APA, 1994a).

O comportamento observado nos pacientes bulímicos é de receio em ganhar peso, e não desejo de emagrecer, os distúrbios de imagem corporal são menos distorcidos, se houver emagrecimento não é tão intenso como na anorexia, cerca de 70% dos indivíduos tem peso normal (BRASIL e MORAES, 2007).

É possível encontrar aumento da impulsividade, manifestada pela associação com outros quadros psiquiátricos, como cleptomania, tricotilomania e outros tipos de automutilação, abuso de drogas ilícitas e álcool, promiscuidade sexual e risco de suicídio (BORGES et. al.; 2006). Silva (2005) comenta que a taxa de utilização de substâncias em geral (nicotina, cafeína e álcool) atinge cerca de 30 a 37%, e que a utilização de substâncias específicas (diuréticos, laxantes, e redutores de apetite) varia de 20 a 40%.

Alterações de comportamento costumam acompanhar a BN. Os transtornos depressivos podem chegar a 83% dos casos, o transtorno bipolar de humor pode atingir de 5 a 12% dos pacientes, além de transtornos de ansiedade, que apresentam incidência muito variada em função da diversidade de quadros apresentada. Em relação aos quadros de ansiedade, nos indivíduos bulímicos pode-se observar mais de um quadro ansioso associado (SILVA, 2005).

Na bulimia nervosa as complicações clínicas são mais freqüentes, estando principalmente relacionado ao distúrbio hidroeletrólítico. Observa-se uma prevalência aumentada de hipocalcemia, sendo muitas vezes esse o motivo da internação de urgência (BORGES et al., 2006).

Diferença entre Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

Quadro 01. Diferenças clínicas entre anorexia e bulimia

Anorexia	Bulimia
Vômito auto-induzidos no subtipo purgativo ou bulímico	Vômitos auto-induzidos no subtipo purgativo ou bulímico
Abuso de diuréticos ou laxantes no subtipo purgativo ou bulímico	Abuso de diuréticos ou laxantes no subtipo purgativo
Perda de peso grave	Menor perda de peso, peso normal ou acima do normal
Grave distorção da imagem corporal	Quando existe é menos acentuada
Maior incidência aos 16 anos	Maior incidência aos 20 anos
Mais introvertidas	Mais extrovertidas
Negam fome	Referem fome
O comportamento alimentar é considerado normal pelo paciente e desejo de controle de peso, justo e adequado	O comportamento é motivo de vergonha, culpa, e há desejo de ocultá-lo
Sexualmente inativa	Mais ativas sexualmente
Amenorréia	Menstruação variando de irregular à normalidade
Traços obsessivos de personalidade podem estar presentes	Traços histriônicos e de borderline pode estar presentes
Comorbidade com doenças afetivas	Comorbidade com doenças afetivas e abuso de álcool e drogas
Transtornos ansiosos	
Impulsividade no subtipo purgativo	Impulsividade

Fonte: Adaptado de Philippi et al. (2004)

2.1.3 Transtorno Alimentare Sem Outra Especificação

Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação é diagnosticado quando alguns, mas não todos, os critérios para anorexia ou bulimia são cumpridos. Como por exemplo, uma mulher que atende todos os critérios de AN, exceto amenorréia, ou ainda, apesar grande perda de peso, ainda pode estar dentro da faixa de peso normal (APA, 2006c). Alguns pesquisadores tem usado o termo subclínico ou sintomático para descrever esse quadro menos grave dos transtornos alimentares (APA, 2000b).

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), que envolve repetidos episódios de compulsão alimentar, sem subsequentes comportamentos compensatórios, está incluída nesta categoria (FAIRBURN et al., 2000).

E embora esses casos subclínicos estejam aquém dos critérios diagnósticos eles podem estar associados a problemas físicos, comportamentais e psicológicos graves (depressão, baixa autoestima, distúrbios de imagem e pensamento) (PETRIE e GREENLEAF, 2007). Além disso, os indivíduos diagnosticados como casos subclínicos podem ser potenciais casos futuros de anorexia ou bulimia (CENCI et al., 2009).

Smink et al. (2012) apontam que 5ª edição do DSM (que será publicado em 2013) está sendo reestruturada, e incluirá uma seção revisada sobre os transtornos alimentares. Sendo o objetivo principal reduzir o diagnóstico de transtorno sem outra especificação, e para alcançar esta meta, os critérios de AN e BN serão ampliados. Segundo os autores, o TCAP será considerado uma patologia específica, principalmente por diferir da AN e BN em questões de idade de início do transtorno, gênero e por estar associado à comorbidades psiquiátrica e à obesidade.

2.2 Diagnóstico

O diagnóstico correto dos transtornos alimentares pode ser dificultado pela não aceitação do paciente em procurar ajuda profissional, por não admitir que está doente ou por achar que irá conseguir se curar sem auxílio especializado. Com isso somente casos mais graves procuram tratamento, o que pode implicar em incidência e prevalência subestimadas (BORGES et al., 2006).

Sendo os transtornos alimentares de origem multifatorial, a avaliação necessita contemplar vários aspectos envolvidos em sua causa e manutenção. Desta maneira o diagnóstico do transtorno em si, é de grande utilidade para uma melhor compreensão do quadro do indivíduo e na elaboração de estratégias de tratamento (FREITAS et al., 2002).

Os quadros 02 e 03 apontam os critérios diagnósticos do DSM-IV e CID-10 utilizados em entrevista para diagnosticar anorexia e bulimia nervosas.

Quadro 02. Critérios diagnósticos para a anorexia nervosa:

DSM-IV	CID-10
Anorexia Nervosa	
<ul style="list-style-type: none"> - Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal ($\geq 85\%$ do esperado); - Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso; - Distúrbio de imagem corporal; - Amenorréia por 3 ciclos consecutivos. <p>Subtipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Restritiva (dietas e exercício); 2. Compulsão Periódica / Purgativa (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta, exercícios). 	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de peso e manutenção abaixo do normal ($IMC \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$); - Perda de peso autoinduzida pela recusa de alimentos que engordam; - Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o); - Distúrbio endócrino (amenorréia) e atraso desenvolvimento puberal; <p>*Vômitos autoinduzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes.</p>

Fonte: Claudino e Borges (2002), Cenci (2007).

Quadro 03. Critérios diagnósticos para a bulimia nervosa:

DSM-IV	CID-10
Bulimia nervosa	
<ul style="list-style-type: none"> - Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle); - Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros; - Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses; - Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação; - Diagnóstico de AN ausente 	<ul style="list-style-type: none"> - Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida; - Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos); - Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável.
Subtipos:	
1. Purgativo – vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas;	
2. Não-purgativo – apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica.	

Fonte: Claudino e Borges (2002), Cenci (2007).

Freitas et al. (2002) confirmam que os métodos de avaliação dos transtornos são agrupados em três categorias:

- Questionários auto-aplicáveis;
- Entrevistas clínicas pré-estruturadas;
- Auto-monitoração através de diários alimentares.

As entrevistas e a automonitoração através de diários alimentares não serão abordadas nesta revisão por não fazerem parte do processo metodológico do estudo.

Os questionários autopreenchíveis são recomendáveis para a utilização pela facilidade de administração, eficiência e economia, podendo ser aplicados em grandes populações. Além de permitirem aos respondentes revelar um comportamento que, por constrangimento, poderia deixá-los relutantes em um encontro face a face com o entrevistador (FREITAS et al., 2002).

2.3 Transtornos Alimentares e Exercício Físico

Nos últimos anos a valorização excessiva da forma e do peso do corpo tem levado muitas pessoas, principalmente mulheres, a verdadeiros sacrifícios que podem comprometer a saúde, como dietas radicais e exercícios físicos em excesso, com o intuito de conseguirem chegar ao corpo ideal.

Os indivíduos com transtornos alimentares utilizam-se de um arsenal de métodos para controle de peso, incluindo o exercício físico excessivo, o que pode acarretar em prejuízos físicos, sociais e psiquiátricos (BORGES e CLAUDINO, 2002). Procedimento que atua em oposição aos aspectos positivos relacionados à prática racional e regular de exercício físico. Esta preferência é explicada pois, tanto o exercício físico quanto a dieta, são comportamentos socialmente aceitos e comumente praticados na busca do corpo ideal (McLAREN et al., 2001).

Meyer et al (2008) alegam que evidências preliminares apontam 40 a 55% de anoréxicos e 20 a 24% dos pacientes bulímicos, e até 81% dos anoréxicos e 57% dos pacientes com bulimia durante a fase aguda com níveis elevados de exercício físico.

As autoras colocam que o excesso de exercício, muitas vezes precede o início de um transtorno alimentar e é um dos sintomas mais duradouros. Além disso, os pacientes diagnosticados com exercício excessivo requerem um maior tempo de tratamento e/ou internação e apresentam níveis mais elevados de estresse psicológico, ansiedade, perfeccionismo, obsessões e compulsões do que pacientes para os quais o exercício não é um recurso predominante.

Assunção et al. (2002) afirmam que a prática do exercício físico em excesso é uma condição secundária ao transtorno alimentar. O quadro primário estaria associado a atletas e a dependência secundária estaria presente em indivíduos com transtornos alimentares, tendo como único objetivo a perda/controle de peso.

Um dos pontos discutidos quando se trata da prática de exercício em indivíduos com TA seria a controvérsia na literatura em relação à terminologia utilizada. Encontra-se nos estudos os termos: "vício ao exercício", "dependência ao exercício", "exercício obrigatório", "exercício compulsivo" e "exercício excessivo". Essa falta de consenso torna-se problemático se considerarmos que alguns termos implicam, por definição, patologia (por exemplo, exercício compulsivo) e outros não (por exemplo, exercício obrigatório) (MEYER e TARANIS, 2011).

O termo que parece esclarecer melhor a relação entre os TA e exercício físico seria o exercício compulsivo (MEYER et al., 2011). Em seu estudo Adkins e Keel (2005) dividiram o exercício físico em dois aspectos: quantitativo ("excessivo"), que corresponde à frequência, à duração e à intensidade do exercício. E componente qualitativo ("compulsivo"), caracterizado pela existência de troca de outras atividades de lazer ou familiares por uma agenda rígida, em que o indivíduo não se permite dias sem exercício. Quando isso eventualmente ocorre por alguma razão, o indivíduo apresenta um quadro com sintomas ansiosos, depressivos e irritabilidade por ter perdido a sessão de exercícios. Esses critérios aproximam esse fenômeno da síndrome de abstinência encontrado em dependentes químicos. Estas dimensões são importantes para denotar significância clínica, pois algumas pesquisas sugerem que a natureza de exercício tem valor preditivo maior do que a quantidade deste.

As autoras identificaram que a qualidade do exercício predizia positivamente a presença de sintomas de BN, enquanto a quantidade de exercício não. Esse achado sugere a idéia de que o exercício "não saudável" pode constituir um sintoma de BN quando ele é compulsivo e não excessivo baseado nos critérios quantitativos (ADKINS e KEEL, 2005). A avaliação da prática de exercício compulsivo se torna importante, pois muitas vezes, é um dos últimos sintomas a desaparecer após o tratamento (MEYER et al., 2011).

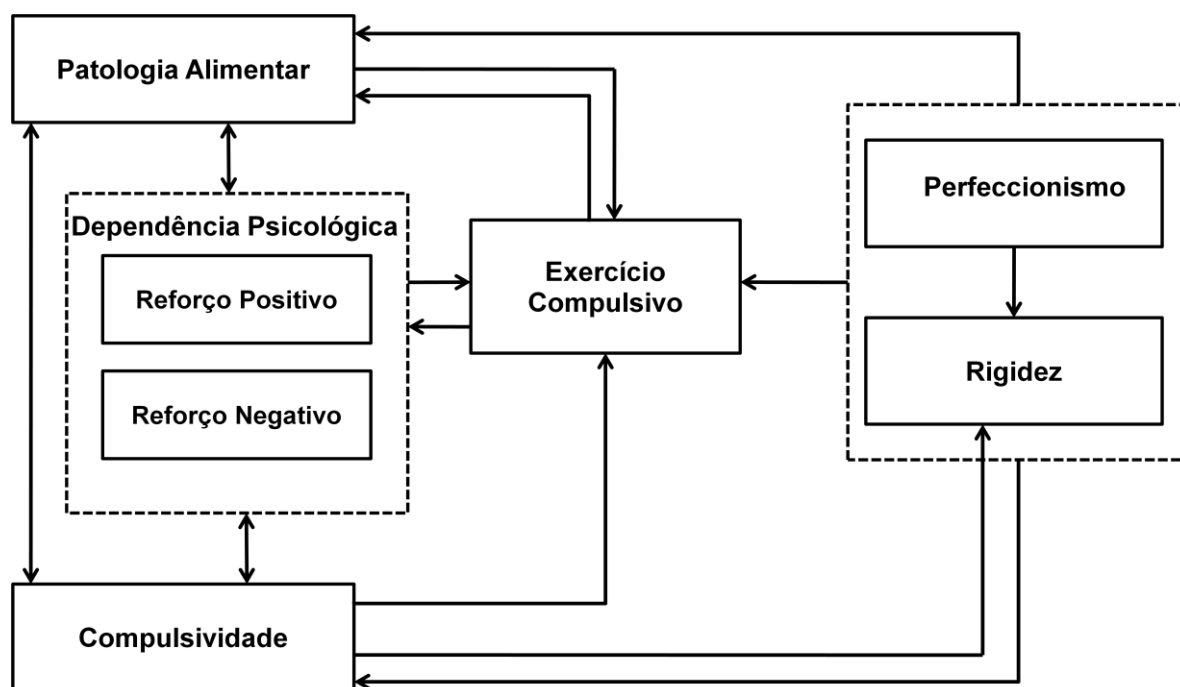
Desta forma, Meyer e Taranis (2011) discutem os termos utilizados e apresentam como definição de exercício compulsivo quando este é contínuo apesar de acarretar em danos físicos (se exercitar com dores, por exemplo), quando é preferível à atividades sociais, quando sessões perdidas devem ser repostas, se surgem sentimentos de culpa e/ ou ansiedade quando a sessão de exercício não é realizada, e quando segue um padrão ritualístico de exercício (com preferência para as sessões de exercícios individuais). Esta definição também é sustentada pela APA (1994a).

Na revisão sistemática realizada por Meyer et al. (2011), os autores afirmam que os estudos analisados identificaram que o exercício compulsivo foi significativamente associado com níveis mais elevados de sintomas de TA, restrição dietética, preocupações com o peso e forma corporais, busca pela magreza e insatisfação corporal. Sendo que em amostras clínicas e não-clínicas essa relação é igualmente bem estabelecida.

Neste mesmo trabalho, os autores apresentam um modelo de manutenção dos TA com relação ao exercício compulsivo. No qual os indivíduos com TA experimentam uma perda de peso inicial através do exercício físico, melhorando a aparência física e reforçando opiniões sociais, que podem conduzir a um aumento do interesse com as questões estéticas. Esta relação não seria então unilateral, mas, de reciprocidade, onde um influencia e reforça o outro (MEYER et al. 2011). Esta teoria está em contraste com o que tem sido apresentado até o momento, onde se vê o exercício compulsivo como sintomático (secundário), ao invés de antecedente, a um transtorno alimentar.

Meyer et al. (2011) afirmam que a culpa, o perfeccionismo e a rigidez são características dos indivíduos que se exercitam compulsivamente. O esquema a seguir é apresentado para estabelecer essas relações:

Figura 01: Relação entre TA, exercício físico e aspectos psicológicos.



Fonte: Adaptado de Meyer et al. (2011).

Em relação aos sentimentos envolvidos (regulação afetiva) com a prática de exercício compulsivo, podem ser conceituados como reforço positivo ou negativo (deve aumentar o prazer ou diminuir a aflição e sofrimento, respectivamente). O exercício tem o propósito de neutralizar o estado de humor, o que pode se tornar habitual. Esta relação se caracteriza compatível com os termos de dependência e vício ao exercício físico (FREIMUTH et al., 2011). Sendo que os sintomas de abstinência relatados são de culpa, ansiedade, depressão e irritabilidade.

Meyer et al., (2011), ainda sugerem que os comportamentos de dependência e comportamentos compulsivos são essencialmente semelhantes, uma vez que ambos são caracterizados por uma necessidade de realizar um comportamento que já não é intrinsecamente compensador. Mas sim de atenuar a ansiedade, e podem ser realizados persistentemente, repetitivamente e excessivamente, sem provocar qualquer recompensa ou prazer.

Essa dependência pode ser identificada com base nos critérios que Freimuth et al. (2011) modificaram do DSM-IV (os critérios para dependência de substâncias):

- *Tolerância*: aumentar a quantidade de exercício, a fim de sentir o efeito desejado;
- *Retirada*: na ausência de exercício a pessoa experimenta efeitos negativos, como ansiedade, irritabilidade, agitação e problemas com sono;
- *Falta de controle*: sem sucesso na tentativa de reduzir o nível de exercício ou deixar de exercer por um determinado período de tempo;
- *Efeitos na Intenção*: Não é possível manter uma rotina desejada por exceder a quantidade de tempo dedicado ao exercício;
- *Horário*: uma grande quantidade de tempo gasto preparando-se, envolvido, e se recuperando do exercício;
- *Redução de outras atividades*: atividades sociais, ocupacionais e/ou atividades recreativas ocorrem com menos frequência ou são paradas;
- *Continuidade*: continuam a se exercitar apesar de saber que esta atividade cria ou agrava problemas físicos, psicológicos e/ou interpessoais.

Desta forma, entende-se que a intenção e os sentimentos envolvidos na prática do exercício, podem ser melhores indicadores aos profissionais na

identificação de indivíduos propensos ao desenvolvimento de transtornos alimentares, do que a duração do treino e frequência semanal.

2.3.1 Tratamento multidisciplinar: O papel do educador físico

Após a confirmação da doença, o tratamento multidisciplinar é particular para cada paciente e abrange o estabelecimento de uma dieta para atingir um peso adequado e saudável, acompanhado de exercícios supervisionados, orientação familiar, focalização nas sensações de fome e ansiedade, práticas de relaxamento muscular para controlar a ansiedade e treinamento em habilidade social (BRASIL e MORAES, 2007).

Quanto ao exercício físico, Cumming et. al (2009) afirmam que vários autores restringem toda a atividade física a fim de evitar perda de peso, principalmente em anoréxicas. Entretanto, paralelamente à restrição da prática de exercícios físicos para pessoas com transtornos alimentares, ocorreram descobertas a respeito de efeitos positivos da prática de atividade física no curso de tratamento desses transtornos.

Através de uma revisão sistemática, Zunker et al (2011) apresentam os resultados do uso de exercício físico supervisionado juntamente com o tratamento psicológico. Os estudos apresentam benefícios como: a perda de peso em pacientes obesos com transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), prevenção de perda de massa óssea em anorexia nervosa (AN), escores de depressão reduzidos após 6 meses de intervenção com exercício moderado (caminhada), redução de episódios de compulsão alimentar até 12 meses após o tratamento, redução da insatisfação corporal, redução do estresse emocional.

Beumont et al. (1994) e Cook e Hausenblas (2008) recomendam em pacientes com AN, a recuperação do peso corporal como principal foco. Por isso praticar apenas atividades físicas predominantemente aeróbicas não seria recomendado. Esses pacientes, geralmente, possuem histórico com algum tipo de programa de exercícios, sendo essencial aconselhamento sobre como usufruir do programa de maneira saudável, principalmente em relação à quantidade e à intensidade.

Já para pacientes com BN, os mesmos autores afirmam que a prática excessiva de exercícios físicos nem sempre é frequente. O melhor programa de

exercícios para esses pacientes seria uma combinação entre exercícios aeróbicos e resistidos. O incentivo pela prática de modalidades coletivas também pode contribuir com a autoestima e a autoconfiança do indivíduo. O foco no tratamento da BN seria mostrar a atividade física estruturada como uma alternativa de controlar o peso sem o uso de dietas, contribuindo com a formação de uma imagem corporal positiva e na melhoria de sintomas depressivos e ansiosos. Sessões de exercícios como componente de tratamento de recuperação do peso no intuito de reduzir a ansiedade, elevar o humor e ajudar na alimentação.

Beumont et al. (1994) apresentam os objetivos e cuidados que devem ser seguidos em um programa de exercícios como coadjuvante no tratamento de pacientes com TA hospitalizadas. Alguns dos objetivos do programa são:

1. Promover saúde por meio da educação e da prática regular de exercícios.
2. Enfatizar o cuidado com a saúde, com a imagem corporal e com a autoestima.
3. Colaborar com a recuperação de peso, promovendo, principalmente, ganho de massa magra e diminuindo o tecido adiposo.
4. Incentivar a prática de exercícios como uma alternativa de atividade social.
5. Desmistificar crenças e mitos referentes à prática excessiva e inadequada.

Um guia foi criado na Austrália para sugerir a forma de abordagem à sujeitos que estão tendo algum comportamento suspeito em relação a alimentação e excesso de exercício. A abordagem segundo este documento deveria seguir estas recomendações:

1. Primeiro, discutir o assunto com um membro sênior da equipe, de preferência o gerente, para determinar quem deve se aproximar do indivíduo e qual a ação mais apropriada.
2. Sempre que possível, rever o registro/ avaliações do sujeito antes de abordá-lo.
3. Aproximar-se do membro e pedir para vê-lo em um lugar privado.
4. Discutir as suas preocupações de uma forma aberta e sem julgamento.
5. Delinear as suas responsabilidades para com o membro, a política da academia e o que é recomendado para sujeito fazer (por exemplo, participar de tratamento psicológico).

6. Análise com os membros da para equipe garantir que sua saúde e segurança sejam mantidas.
7. Definir uma data de revisão do caso.
8. Documentar todas as ações em local apropriado - arquivo do cliente, ou computador central.
9. Discutir em reunião o resultado com o Gerente e/ou um membro sênior da equipe.
10. Após a reunião contatar um centro de tratamento de transtorno alimentar para apoio adicional quando necessário (MARKS e HARDING, 2004).

Encontramos, então, duas vertentes da relação das atividades físicas com os transtornos alimentares: a prática excessiva e descontrolada de pessoas com algum Transtorno Alimentar (TA) como método para perder peso e a possível intervenção com atividades supervisionadas em conjunto com o atendimento clínico.

3. METODOLOGIA

3.1. Caracterização da pesquisa

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa aplicada, quantitativa, descritiva, correlacional, comparativa-causal (SILVA, 2005), examinando a relação de escores de transtornos alimentares com variáveis comportamentais perante o exercício físico. Pode identificar grupos de risco para fins de prevenção, mas também gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras.

3.2. População e amostra

A população do estudo foi constituída dos 700 alunos com cadastros ativos no sistema de administração de uma academia de ginástica de Balneário Camboriú, ou seja, aqueles que estavam com o pagamento da mensalidade efetuado. No entanto, os alunos ativos podem não ser frequentadores da academia. Assim, o número exato de alunos que frequentavam a academia não pôde ser determinado.

Não fizeram parte do estudo os alunos matriculados apenas nas atividades realizadas na piscina. Indivíduos que esqueceram de assinalar alguma das questões ou que cometeram algum erro no preenchimento dos questionários foram excluídos. Desta forma, a amostra foi estabelecida em 239 praticantes de exercício na academia. Sendo destes: 139 mulheres (32,2, $\pm 11,0$ anos) e 100 homens (31,4, $\pm 13,1$ anos).

3.3 Autorização e características da academia de ginástica

A academia foi contatada para a realização do trabalho, mediante a aceitação (Anexo 1) foi escolhida para este estudo em função da acessibilidade à pesquisadora e prontidão em colaborar com a pesquisa.

O estabelecimento pode ser considerado de médio porte, com capacidade para atender até 1200 alunos. Locado em um prédio de 4 andares, oferece atividades na piscina (natação e hidroginástica), atividades de ginástica (aeróbicas, neuromusculares, flexibilidade e lutas), musculação e estúdio para prática de pilates. A estrutura fornecida possibilita o atendimento de várias faixas etárias.

3.4. Critérios de inclusão

- Estar matriculado e frequentando a academia;
- Aceitação em participar do estudo.

3.5. Critérios de exclusão

- Alunos matriculados apenas em atividades realizadas na piscina.
- Não responder alguma das perguntas do questionário;
- Erros no preenchimento do questionário.

3.6. Instrumentos

EAT-26 – Teste de atitudes alimentares (Anexo 2)

Validado por Garner e Garfinkel (1979), apresenta-se em duas versões: uma com 40 itens, e outra menor, com 26 itens (EAT-26), traduzido e validado para o português por Nunes et al., (1994) e Nunes et al., (2005). Também validado por Bighetti e Ribeiro (2003) e Bighetti et al., (2004) em adolescentes. Uma versão do EAT para crianças (CHEAT- Children's Eating Attitude Test) foi adaptada para utilização no Brasil por Barillari et al. (2011).

No contexto internacional o EAT-26 já foi traduzido e validado para diversas línguas: espanhola (IRALA et al., 1999); francesa (LEICHNER et al., 1994); árabe (AL-SUBAIE et al., 1996); portuguesa de Portugal (PEREIRA et al., 2008); e países: Malásia (TALWAR, 2011); México (ALVAREZ-RAYÓN et al., 2004); Omã (AL-ADAWI et al., 2002).

O questionário é utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de AN ou BN. O teste indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela a possível psicopatologia subjacente.

O EAT é um questionário muito utilizado em avaliações de comportamento de risco e sintomas dos transtornos alimentares, tanto com pacientes, como em estudos populacionais (FREITAS et al., 2002). Dada a sua facilidade de aplicação, eficiência, economia e não necessidade de treinamento para administração, o EAT é

provavelmente o mais usado de todos os instrumentos de autopreenchimento na área dos transtornos alimentares (COELHO et al., 2010; BYRNE e McLEAN, 2001; MINTZ e O'HALLORAN, 2000).

As respostas do instrumento são dadas em forma de escala likert com 6 opções de resposta: sempre = 3 pontos, muitas vezes = 2 pontos, às vezes = 1 ponto, poucas vezes, quase nunca, e nunca = 0 ponto. Sendo que a ordem é invertida na questão 25: sempre, muitas vezes e às vezes = 0 ponto, poucas vezes = 1, quase nunca = 2, Nunca = 3. Os escores pontuando igualmente ou acima a 21 são considerados como suscetíveis a ter o transtorno alimentar.

ECE - Escala de Compromisso ao Exercício Físico (Anexo 3)

Instrumento desenvolvido por Davis et al. (1993), traduzido e validado para utilização no Brasil por Teixeira et al. (2011). O Commitment Exercise Scale (CES) avalia o comprometimento, o comportamento e a atitude em relação ao exercício físico.

Os autores basearam-se em estudos de caso de homens e mulheres que tinham o hábito de se exercitar de maneira considerada pelos autores como excessiva e patológica. A escala avalia o grau de aderência do indivíduo ao exercício físico mesmo em condições adversas, cujo exercício pode interferir no aspecto social.

Consiste em oito perguntas que avaliam o grau de compromisso do indivíduo com a prática de exercícios físicos. Cada pergunta da escala possui uma linha de 15,5 cm com duas opções de resposta, sendo uma no início e outra no final da linha. O indivíduo deve descrever com um ponto na linha qual a sua posição. A distância entre o começo da linha e o ponto marcado consiste na pontuação de cada item.

O escore total do questionário é resultado da soma das oito questões e cálculo da média. Também pode-se fazer análise da média das 4 primeiras perguntas separadas das 4 últimas, pois elas avaliam aspectos diferentes: obrigatório e patológico, respectivamente.

Anamnese (Anexo 4)

Juntamente com os questionários, foi aplicada uma anamnese com questões abordavam dados socioeconômicos, e comportamento em relação ao treinamento, elaboradas para responder os objetivos do estudo.

3.7. Delimitação do estudo

Esta pesquisa delimita-se aos praticantes de exercício físico em uma academia de ginástica da cidade de Balneário Camboriú – SC.

3.8. Limitações do Método

A limitação desta pesquisa é inerente aos estudos realizados com formulários, que é a de ter a precisão das informações limitadas à veracidade e à recordação dos indivíduos.

O estudo pode ser limitado pelo instrumento que foi utilizado, pois a identificação de transtorno alimentar será apenas pela aplicação de um questionário. A característica de ser autopreenchível não é considerada suficiente para que seja estabelecida a existência de uma psicopatologia, já que a interpretação de cada pergunta depende do próprio indivíduo (CENCI et al. 2009).

3.9. Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná após apreciação da banca examinadora. O projeto foi aprovado, sendo o parecer consubstanciado emitido sob número: 145.729 e CAAE: 08559612.0.0000.0102 (Anexo 5).

3.10. Procedimentos de coleta

Os dados foram coletados de novembro à dezembro de 2012.

Os alunos que chegaram à academia foram convidados a participar do estudo, sendo apresentada a intenção da pesquisa. Mediante a aceitação em

participar do estudo, foi recolhida a assinatura do termo de consentimento (Anexo 6). Após a assinatura do termo, os alunos foram encaminhados à uma sala onde foi realizada pela pesquisadora, a aplicação dos instrumentos já citados. A coleta seguiu da seguinte forma:

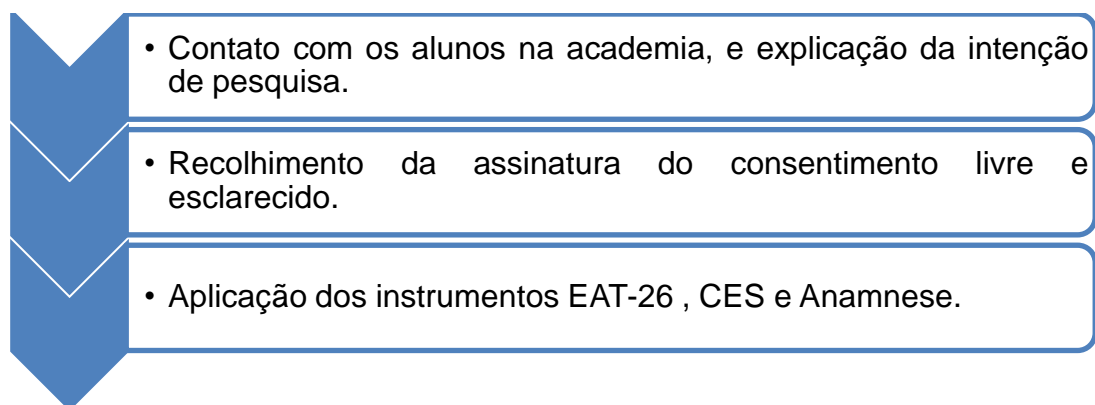


Figura 02. Esquema para coleta dos dados.

3.11. Análise dos dados

Para caracterizar a amostra e apontar valores de prevalência, foi utilizada estatística descritiva (média e desvio-padrão). A estatística utilizada para responder aos outros objetivos foram correlação, teste t e qui-quadrado. A tabela 03 demonstra a estatística e variáveis de cada objetivo.

Os cálculos estatísticos foram executados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows 18.0* (SPSS).

Tabela 01. Análise estatística e variáveis

Objetivos	Estatística	Variáveis
Objetivo 1	Frequência	- Escores do EAT-26
Objetivo 2	Correlação de Pearson Teste t Independente Qui-quadrado	- Escores do EAT-26 - Escores da ECE - Gênero
Objetivo 3	Qui-quadrado	- Escores no EAT-26 - Modalidades praticadas - Gênero
Objetivo 4	Qui-quadrado	- Escores no EAT-26 - Objetivos para prática do exercício físico - Gênero
Objetivo 5	Qui-quadrado	- Escores no EAT-26 - Características do treinamento - Gênero

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, serão apresentadas as características da amostra que compõe o estudo. A tabela 02 se refere aos dados socioeconômicos. Pode-se verificar que a maioria da amostra é de indivíduos solteiros (48,2% das mulheres e 63% dos homens), com no mínimo o ensino superior (33,1% para mulheres) ou ensino médio (29% para homens) e com renda mensal familiar entre 3 e 10 salários mínimos (54,7% das mulheres e 38% dos homens).

Tabela 02. Dados socioeconômicos da amostra ($n=239$).

	Mulheres <i>n= 139 (%)</i>	Homens <i>n= 100 (%)</i>
Estado civil		
Solteiro	67 (48,2)	63 (63)
Casado	58 (41,7)	32 (32)
Viúvo	10 (7,2)	4 (4,0)
Separado	3 (2,2)	0 (0,0)
União Estável	1 (0,7)	1 (1,0)
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	1 (0,7)	1 (1,0)
Ensino Fundamental Completo	2 (2,2)	1 (1,0)
Ensino Médio Incompleto	6 (4,3)	7 (7,0)
Ensino Médio Completo	17 (12,2)	14 (14,0)
Ensino Superior Incompleto	34 (24,5)	29 (29,0)
Ensino Superior Completo	46 (33,1)	25 (25,0)
Pós-Graduação	32 (23,0)	23 (23,0)
Renda familiar mensal		
Até 3 salários mínimos	11 (7,9)	5 (5,0)
De 3 à 10 salários mínimos	76 (54,7)	38 (38,0)
De 10 à 20 salários mínimos	32 (23,0)	37 (37,0)
De 20 a 30 salários mínimos	13 (9,4)	13 (13,0)
+ 30 salários mínimos	7 (5,0)	7 (7,0)

As características de treinamento são demonstradas na tabela 03. A idade de início de prática em academia foi predominantemente como adulto jovem para mulheres (48,2%) e de adolescentes para os homens (54%). Mais da metade da amostra (51,8% das mulheres e 55% dos homens) pratica exercício em academia entre 1 mês e 1 ano. E a duração da sessão de treinamento é de até 1 hora (48,9% para mulheres e 52% para homens).

Tabela 03. Caracterização do treinamento (n=239).

	Mulheres n= 139 (%)	Homens n=100 (%)
Idade de Início da prática de exercício em academia		
Até 19 anos (adolescente)	62 (44,6)	54 (54,0)
De 20 a 40 anos (adulto jovem)	67 (48,2)	34 (34,0)
De 41 a 60 anos (adulto maduro)	9 (6,5)	10 (10,0)
Acima de 60 anos (Idoso)	1 (0,7)	2 (2,0)
Tempo de prática de exercício em academia		
Até 1 mês	33 (23,7)	17 (17,0)
De 1 mês à 6 meses	49 (35,3)	34 (34,0)
De 6 meses à 1 ano	24 (17,3)	18 (18,0)
Maior que 1 ano	33 (23,7)	28 (28,0)
Duração da sessão de treinamento		
Até 60 minutos	68 (48,9)	52 (52,0)
De 60 a 90 minutos	46 (33,1)	38 (38,0)
De 90 a 120 minutos	23 (16,5)	9 (9,0)
Maior que 120 minutos	2 (1,4)	1 (1,0)
Frequência semanal		
2x/semana	7 (5,0)	4 (4,0)
3/semana	51 (36,7)	23 (23,0)
4x/semana	25 (18,0)	22 (22,0)
5x/semana	50 (36,0)	36 (36,0)
6x/semana	6 (4,3)	15 (15,0)

Os resultados que atendem os objetivos do estudo são apresentados e discutidos a seguir, iniciando com os dados de prevalência de transtorno alimentar na academia onde foi realizado o estudo. Como citado na metodologia, valores iguais ou acima de 21 pontos no questionário indicam indivíduos suscetíveis a ter algum transtorno alimentar. Para facilitar o entendimento dos resultados, os indivíduos com escores menores que 21 pontos foram considerados sem transtorno alimentar (SEM TA) e os indivíduos com escores maiores que 21 pontos foram tratados com transtorno alimentar (COM TA). Estes valores estão expressos na tabela a seguir.

Tabela 04. Frequência de TA e comparação entre gêneros (n = 239).

	<i>Média EAT-26 (s)</i>	<i>SEM TA</i>	<i>COM TA</i>
Mulheres	17,6 ($\pm 9,1$) ^a	83 (59,7%) ^b	56 (40,3%) ^b
Homens	12,9 ($\pm 7,9$) ^a	83 (83%) ^b	17 (17%) ^b
Total da amostra	15,6 ($\pm 8,9$)	186 (69,5%)	73 (30,5%)

^a Teste *t* independente ($p < 0,001$); ^b Teste qui-quadrado ($p < 0,001$)

A prevalência de TA foi maior em mulheres (40,3%) em relação aos homens (17%). Pode-se observar que as mulheres obtiveram valores médios maiores e com diferença significativa no EAT-26. Bem como, os transtornos alimentares estão associados ao sexo feminino como revela o teste qui-quadrado.

Estudos brasileiros que identificaram prevalência de TA no ambiente de academia encontraram valores inferiores. Chinarelli e Gravena (2012) também utilizaram o EAT-26 e encontraram prevalência de TA em 12% (n=6) para mulheres e de 2% (n=1) para homens em uma amostra de 100 indivíduos. Weis et al (no prelo), obtiveram valores de prevalência de bulimia (através do BITE – Bulimic Investigatory Test Edinburgh) em mulheres frequentadoras de academia em 11,2% no total de 197 indivíduos. Os valores encontrados em estudos realizados com a população em geral encontraram prevalências inferiores para anorexia e bulimia: entre 1,2% e 4,3%, 0,9% e 2,9%, respectivamente em mulheres, e de 0,24% e 0,3%, 0,1 e 0,5% entre homens (SMINK et al, 2012).

Os valores descobertos neste trabalho se aproximam mais de trabalhos que avaliaram atletas. A prevalência no Brasil, em atletas do sexo feminino, alcançou até 43,9% para anorexia e 5,9% para bulimia, em atletas masculinos, a prevalência de anorexia chegou até 21,6% (BOSI e OLIVEIRA, 2004; VIEIRA et al, 2006).

Escore elevado neste estudo podem ser explicados pela preocupação em relação à imagem corporal e alimentação que esses indivíduos possuem. A prática do exercício físico e a dieta alimentar irão influenciar diretamente na forma, gordura e peso corporais. Outra suposição seria a região onde o estudo foi realizado. A população do litoral, onde o corpo está mais exposto supostamente poderia apresentar uma maior prevalência de transtornos alimentares.

O segundo objetivo do estudo foi identificar se há correlação entre transtornos alimentares e compromisso ao exercício físico para a amostra total, e estratificando-a por gênero. Para responder esse objetivo, verificou-se a relação entre os escores do EAT-26 e ECE, por meio da correlação entre os dados. A tabela 05 indica que os valores de correlação são consideradas baixas (MORROW et al. 2003), mas com significância estatística.

Tabela 05. Valores de correlação entre o EAT-26 e ECE (n= 239).

	EAT-26		
	Grupo total	Homens	Mulheres
	(n= 239)	(n= 100)	(n 139)
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
ECE Obrigatória	0,32 (p<0,001)	0,27 (p<0,001)	0,35 (p<0,001)
ECE Patológica	0,31 (p<0,001)	0,27 (p<0,001)	0,39 (p<0,001)
ECE Total	0,36 (p<0,001)	0,31 (p<0,001)	0,43 (p<0,001)

Apesar dos valores de correlação se apresentarem baixos, a tabela 06 mostra que houve diferença entre as médias na escala de compromisso com o exercício estratificando a amostra com ou sem TA. Ou seja, os indivíduos classificados como suscetíveis a um transtorno alimentar apresentaram maiores escores de comprometimento com o exercício físico.

Tabela 06. Médias e desvios-padrão da ECE.

	SEM TA (n= 166)	COM TA (n= 73)
ECE Obrigatória	40,20 ($\pm 10,93$) ^a	45,28 ($\pm 7,98$) ^a
ECE Patológica	25,88 ($\pm 13,75$) ^b	34,25 ($\pm 14,38$) ^b
ECE Total	66,08 ($\pm 21,27$) ^c	79,54 ($\pm 19,84$) ^c

^{a,b,c} Teste *t* independente ($p < 0,001$)

Em uma amostra de mulheres anoréxicas, Davis et al. (1995) encontraram valores para a ECE total de 71,7 ($\pm 18,9$). Também avaliando anoréxicas, Klein et al. (2007) encontraram média na ECE de 59,8 ($\pm 30,7$). Assunção et al. (2002) encontraram média na ECE de 75,7 para indivíduos em tratamento de algum transtorno alimentar. Klein et al. (2010) obtiveram médias de 61,7 ($\pm 30,8$) em pacientes que iniciavam os tratamentos para anorexia nervosa. Estes trabalhos utilizaram apenas amostras clínicas (em tratamento de TA) e obtiveram valores muito próximos e em alguns, até menores do que os dados descobertos neste estudo. Comparando indivíduos saudáveis e com TA, Mond e Calogero (2009), obtiveram médias na ECE de 46,1 e 67,4 respectivamente.

Young e Anderson (2010), avaliaram o comprometimento e afeto negativo com exercício entre universitárias. Os autores encontraram médias para as escalas obrigatória de 57,2 ($\pm 24,3$) e 39,1 ($\pm 21,3$), respectivamente para indivíduos com afeto negativo e afeto positivo ao exercício, e na escala patológica de 45,9 ($\pm 26,9$) e 24,0 ($\pm 22,3$), respectivamente para sujeitos com afeto negativo e positivo ao exercício. Nota-se as médias significativamente maiores para os grupos com afeto negativo ao exercício, como também este grupo foi associado com maiores escores para transtornos alimentares. Ou seja, os indivíduos que praticam o exercício para diminuir a aflição e sofrimento são mais suscetíveis aos transtornos alimentares (MEYER et al, 2011).

Lipse et al. (2006) encontraram correlação positiva entre a pontuação total do EDE-Q (Eating Disorders Examination - Questionnaire) e a escala de compromisso ao exercício físico. Sendo que o valor médio da ECE para os indivíduos com maiores pontuações no EDE-Q foi de 55,9. Os autores afirmam que nesta amostra de praticantes de exercício do sexo feminino, o transtorno alimentar

foi associado com o compromisso de exercício para redução peso corporal e depressão, o que sugere que o compromisso ao exercício estava ligado com preocupação com o peso e regulação do humor nestas mulheres com sintomas de transtorno alimentar.

A média encontrada na ECE nos indivíduos com TA neste estudo, supera o ponto de corte de 77,5 estabelecido por Assunção et al. (2002) como preditor de excesso de exercício físico. Isto demonstra que os indivíduos com TA deste estudo, podem ser considerados praticantes de exercício em excesso.

Esses altos valores de compromisso com o exercício físico podem ser explicados pela importância demonstrada em relação ao exercício como conjunto de “hábitos saudáveis”, podendo em parte, ser demonstrada, por matérias relacionadas à saúde, alimentação e exercício físico nos meios de comunicação. A sua influência na gênese dos transtornos alimentares já está bem descrita na literatura (SMOLAK et al, 2000; ASSUNÇÃO et al, 2002).

Ao testar apenas os indivíduos suscetíveis a TA (pontuação acima de 21 no EAT-26), a correlação apresenta valores menores e sem significância estatística, e estes resultados se repetem quando o grupo é estratificado por gênero (tabela 07). Desta forma, esse resultado aponta que no grupo suscetível a TA, não há indício de correlação entre transtorno alimentar e compromisso ao exercício físico.

Tabela 07. Relação entre TA e Compromisso ao exercício.

	EAT-26		
	Grupo TA	Homens	Mulheres
	(n= 73)	(n= 17)	(n= 56)
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
ECE Obrigatória	0,09 (p>0,05)	-0,40 (p>0,05)	0,20 (p>0,05)
ECE Patológica	0,11 (p>0,05)	0,05 (p>0,05)	0,13 (p>0,05)
ECE Total	0,12 (p>0,05)	-0,10 (p>0,05)	0,18 (p>0,05)

O terceiro objetivo da pesquisa foi identificar relação entre transtornos alimentares e as modalidades praticadas no ambiente de academia. Os resultados apresentados na tabela 08 mostram que a prática de ginástica localizada e atividades aeróbicas foram variáveis relacionadas ao grupo com TA. Ou seja, estes indivíduos procuram este tipo de atividade dentro do ambiente de academia de ginástica.

Tabela 08. Comparação entre modalidades praticadas e indivíduos com e sem sintomas de transtorno alimentar.

		Sem TA (n= 166)	Com TA (n= 73)
Musculação	Praticante	88,6% (147)	79,5% (58)
	Não Praticante	11,4% (19)	20,5% (15)
Ginástica localizada **	Praticante	15,7% (26)	41,1% (30)
	Não Praticante	84,3% (140)	58,9% (43)
Atividades aeróbicas **	Praticante	57,8% (96)	86,3% (63)
	Não Praticante	42,2% (70)	10 (13,7%)
Dança	Praticante	3% (5)	2,7% (2)
	Não Praticante	97% (161)	97,2% (71)
Lutas	Praticante	11,4% (19)	8,2% (6)
	Não Praticante	88,6% (147)	91,8% (67)

** p<0,001

Destacando apenas as duas variáveis que obtiveram diferença significativa entre os grupos sem TA e com TA, pode-se perceber, conforme a tabela 09, que este resultado ocorreu devido a um número maior de mulheres com TA. Estas atividades são geralmente a preferência das mulheres dentro das academias de ginástica.

Tabela 09. Associação entre modalidades e gênero para o grupo suscetível a TA.

		<i>Homens (n= 17)</i>	<i>Mulheres (n= 56)</i>
Ginástica Localizada*	Praticante	5,9% (1)	59,1% (29)
	Não Praticante	94,1% (16)	48,2% (27)
Atividades Aeróbicas*	Praticante	64,7% (11)	92,9% (52)
	Não Praticante	35,3% (6)	7,1% (4)

*p<0,005

Prichard e Tiggemann (2008) realizaram um estudo sobre as relações entre o tipo de exercício, a autoobjetificação, e imagem corporal com mulheres praticantes de exercício em academia, encontraram a prática de atividades aeróbicas positivamente associadas à autoobjetificação e aos transtornos alimentares. Segundo os autores, este tipo de exercício seria motivado por razões focadas na aparência, tais como controle de peso.

O quarto objetivo da presente pesquisa foi identificar associação entre transtornos alimentares e objetivos para prática de exercício físico. A tabela 10 ilustra os objetivos relacionados à prática de exercício em academias que estão associados ao grupo com TA.

Tabela 10. Objetivos com a prática do exercício na academia dos indivíduos com e sem TA.

		Sem TA (n= 166)	Com TA (n= 73)
Já utilizou exercício físico para perda de peso? **	Sim	51,8% (86)	90,4% (66)
	Não	48,2% (80)	9,6% (7)
Saúde	Sim	42,8% (71)	50,7% (37)
	Não	57,2% (95)	49,2% (36)
Melhora da aptidão física *	Sim	31,3% (52)	17,8% (13)
	Não	68,7% (114)	82,2% (60)
Hipertrofia muscular *	Sim	30,7% (51)	17,8% (13)
	Não	69,3% (115)	82,2% (60)
Emagrecimento ou redução do % de gordura**	Sim	71,7% (119)	91,8% (67)
	Não	28,3% (47)	8,2% (6)
Condicionamento postural	Sim	12% (20)	5,5% (4)
	Não	88% (146)	94,5% (69)

* p<0,05; ** p<0,001.

Os dados demonstram que “Já utilizou o exercício para perda de peso” e “Emagrecimento ou redução do % de gordura” estão associadas positivamente com TA. O teste ainda revelou que as variáveis “Melhora da aptidão física” e “Hipertrofia muscular” estão associadas negativamente com o grupo TA. Ou seja, os indivíduos com TA procuram exercício para redução do peso ou gordura corporais, não buscam atividades para hipertrofia muscular ou melhora da aptidão física. Estes dados se complementam com a preferência para atividades aeróbicas, já que é evidente a maior redução do peso e % de gordura corporal através de exercícios aeróbicos.

No estudo de Assunção et. al (2002), 70,2% da amostra de pacientes com TA utilizavam o exercício como procedimento para manutenção do peso. Sendo em

67,5% (n= 27) dos sujeitos o início da prática de exercício relatada após preocupações com a imagem corporal.

Os resultados do estudo de Assunção et al. (2002) ainda apontam uma percentagem pequena de pacientes que relataram fazer exercício com a finalidade de manter ou melhorar a saúde física (26,3%), principalmente quando comparamos com a percentagem de pacientes que o praticam por razões estéticas, como perder peso (63%) ou melhorar a forma corporal (60,5%). Os autores afirmam que isto reforça o fato de que o exercício é antes muito mais um sintoma de um quadro alimentar que uma atividade da vida destas pacientes. Young e Anderson (2010) também encontraram razão principal para prática de exercício com controle do peso e forma corporal relacionada com transtornos alimentares.

A tabela 11 apresenta os objetivos que foram associados com TA estratificados por gênero. Destes, “Já utilizou o exercício físico para perda de peso” e “Melhora da aptidão física” estão associadas a ambos os sexos. A hipertrofia está associada aos homens com TA. Em relação ao desejo de emagrecer ou reduzir o % de gordura corporal, está associado às mulheres com TA.

Tabela 11. Objetivos na prática de exercício no grupo com TA.

		<i>Homens (n= 17)</i>	<i>Mulheres (n= 56)</i>
Já utilizou exercício físico para perda de peso?	Sim	88,2% (15)	91,1% (51)
	Não	11,8% (2)	8,9% (5)
Melhora da aptidão física	Sim	17,6% (3)	17,9% (10)
	Não	82,4% (14)	82,1% (46)
Hipertrofia muscular **	Sim	47,1% (8)	8,9% (5)
	Não	52,9% (9)	91,1% (51)
Emagrecimento ou redução do % de gordura *	Sim	76,5% (13)	96,4% (54)
	Não	23,5% (4)	3,6% (2)

* p<0,05 ** p<0,001.

Prichard e Tiggemann (2008) encontraram associação entre sintomas de transtorno alimentar e razão estéticas para prática de exercício físico. Neste grupo, os autores colocam que o foco na perda de peso dentro de centros de fitness promove o corpo como um objeto maleável e pode tornar as mulheres mais insatisfeitas com certos aspectos de seus corpos que elas acreditam que devem ser mudados. Então, o exercício dentro de academia foi associado a um maior foco em exercício para perda de peso e forma do corpo, assim como no presente estudo.

Vinkers et al. (2012) afirmam em seu trabalho que o exercício motivado pela aparência prediz significativamente sintomas de transtorno alimentar, e em oposto, o exercício motivado pela saúde não foi associado com sintomas de TA.

Gonçalves et al. (2012) também relatam resultados que corroboram com estudos citados acima. Os autores colocam que os indivíduos que eram motivados pela preocupação com o peso ou forma eram mais propensos a desenvolver episódios de compulsão alimentar e excesso de exercício.

O quinto e último objetivo do estudo, é identificar relação entre transtornos alimentares e características de treinamento. Os resultados estão ilustrados na tabela 12. A idade de início de exercício em academia, o tempo de prática de exercício em academia e a frequência semanal não estão associadas aos indivíduos com TA. Apenas a duração da sessão de treino foi associada. No grupo COM TA as sessões apresentam duração maior que no grupo SEM TA.

Tabela 12. Comparação entre variáveis de treinamento e TA.

	SEM TA n= 166 (%)	COM TA n= 73 (%)
Idade de início de exercício em academia		
Até 19 anos (adolescente)	46,4% (77)	53,4% (39)
De 20 a 40 anos (adulto jovem)	43,4% (72)	39,7% (29)
De 41 a 60 anos (adulto maduro)	8,4% (14)	6,8% (5)
Acima de 60 anos (Idoso)	1,8% (3)	0% (0)
Tempo de prática de exercício em academia		
Até 1 mês	24,1% (40)	13,7% (10)
De 1 mês à 6 meses	36,7% (61)	34,2% (25)
De 6 meses à 1 ano	14,5% (24)	24,7% (18)
Maior que 1 ano	24,7% (41)	27,4% (20)
Duração da Sessão de treino		
Até 60 minutos	58,4% (97)	31,5% (23)
De 60 a 90 minutos	31,9% (53)	42,5% (31)
De 90 a 120 minutos	9,0% (15)	23,3% (17)
Maior que 120 minutos	0,6% (1)	2,7% (2)
Frequência semanal		
2x/semana	5,4% (9)	2,7% (2)
3x/semana	31,9% (53)	28,8% (21)
4x/semana	20,5% (34)	17,8% (13)
5x/semana	34,9% (58)	38,4% (28)
6x/semana	7,2% (12)	12,3% (9)

**p<0,001

Prichard e Tiggemann (2008) afirmam que o tempo de exercício dentro do ambiente de academia é mais altamente relacionado com transtornos da imagem corporal e transtornos alimentares do que exercício fora do ambiente de academia. Os autores afirmam que isto pode ser explicado porque esses centros proporcionam um ambiente em que os corpos das mulheres estão em exibição, e há também uma ênfase extrema na perda de peso e padronização do corpo. Os praticantes são

muitas vezes rodeados por uma infinidade de espelhos, cartazes que retratam o corpo ideal, e corpos de outros indivíduos com quem se comparar.

Os resultados neste estudo mostraram diferença significativa na duração da sessão de treinamento entre os indivíduos com e sem TA. Mas, já está bem estabelecido na literatura que não há associação entre a quantidade de exercício e a gravidade da patologia alimentar (MOND et al., 2006). No entanto, a intensidade do exercício e os sentimentos envolvidos sim (YOUNG e ANDERSON, 2010).

Alguns autores caracterizam como excessivo, a prática obrigatória de exercício no mínimo de 1 hora por dia, pelo menos 6 dias por semana, durante 1 mês (BREWERTON, et al, 1995; DAVIS, et al, 1997; DAVIS e KAPTEIN, 2006). Como Davis e Kaptein (2006) afirmam, embora seis horas de exercício por semana pode não parecer excessivo para um adulto saudável, para indivíduos com AN, por exemplo, por sua condição clínica e física, qualquer exercício poderia ser interpretado como excessivo. Desta forma, os casos que envolvam alguma psicopatologia alimentar com excesso de exercício físico devem ser analisados individualmente pelos profissionais.

5. CONCLUSÕES

Através dos resultados obtidos neste estudo, conclui-se que a prevalência de transtornos alimentares em praticantes de exercício físico em academia é maior do que na população em geral. Assim como em mulheres quando comparada aos homens.

Os indivíduos suscetíveis a ter algum transtorno alimentar obtiveram médias maiores para escala de compromisso ao exercício físico. A preferência na escolha dos exercícios foi para ginástica localizada e atividades aeróbicas. Os objetivos positivamente relacionados aos transtornos alimentares foram para emagrecimento ou redução do % de gordura corporal. E a média da duração da sessão de treinamento foi superior para esses sujeitos.

Considerando os resultados, a prescrição e supervisão do treinamento para esses indivíduos devem considerar estes aspectos. Assim como deve ser realizada junto à estes sujeitos um processo de educação para o exercício. Pois os sujeitos com TA demonstraram um comprometimento maior com o exercício físico e o praticam motivados em função do emagrecimento e/ou redução do % de gordura.

Para ajudar a reduzir a prática de exercício motivada apenas por razões relacionadas à aparência, a gestão da academia deve ter como objetivo proporcionar ambientes de imagem mais positiva do corpo para seus membros. Isso pode envolver a redução do número de espelhos, a remoção de cartazes que exibem um corpo ideal irrealista, empregando através dos instrutores hábitos saudáveis (não apenas na estética) e instruindo a equipe se concentre na promoção da saúde e prazer sobre qualquer outra motivação para fazer exercício (PRICHARD e TIGGEMANN, 2008).

É relevante esclarecer que os resultados deste estudo não devem ser extrapolados para praticantes de exercícios físicos em academias de ginástica em geral. Sendo assim, sugere-se a realização de investigações populacionais que permitam a inferência de transtorno alimentar e compromisso ao exercício físico para esta população.

Aprofundar as pesquisas desses transtornos é importante na medida em que os resultados dos estudos poderão contribuir de maneira significativa na qualificação do profissional de educação física para aconselhar os seus alunos sobre como usufruir os benefícios da prática de atividade física estruturada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADKINS, E; KEEL, P. Does “excessive” or “compulsive” best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa? **The International Journal of Eating Disorders**. v. 38, p. 24–29, 2005.

AL-ADAWI, S; et al. A survey of anorexia nervosa using the Arabic version of the EAT-26 and "gold standard" interviews among Omani adolescents. **Eating and Weight Disorders**. v. 7, n. 4, p. 304-311, 2002.

AL-SUBAIE et al. Validity of the Arabic version of the Eating Attitude Test. **International Journal of Eating Disorders**. v. 20, n. 3, p. 321-324, 1996.

ALVAREZ-RAYÓN, G; et al. Validity of the Eating Attitudes Test: a study of Mexican eating disorders patients. **Eating and Weight Disorders**. v. 9, n. 4, p. 243-248, 2004.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.,)**. Washington, DC: Author, 1994a.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)**. Washington, DC: Author, 2000b.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Eating Disorders (3th ed)**. 2006c.

ASSUNÇÃO, S. S. et al. Atividade física e transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 29, n. 1, p. 4-13, 2002.

BARILLARI, M. L. Adaptação transcultural preliminar do Children’s Eating Attitude Test (Cheat) para o idioma português. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 11, n. 4, p. 437-444, 2011.

BEUMONT et al. Excessive physical activity in dieting disorder patients: Proposal for a supervised exercise program. **The International Journal of Eating Disorders**. v. 15, p. 21-36, 1994.

BIGHETTI, F. RIBEIRO, R. P. P. **Tradução e validação do eating attitudes test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BIGHETTI, F. et al. Tradução e avaliação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.53, n.6, p.339-46, 2004.

BORGES et. al. Transtornos alimentares - quadro clínico. **Simpósio, transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas**. Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, jul./set. 2006.

BRASIL, A. L. D; MORAES, D. E. B. **Transtornos Alimentares** *in*: Distúrbios da nutrição na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

BREWERTON, T. D. et al. Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercising. **International Journal of Eating Disorders**. v. 17, n. 1, p. 413–416, 1995.

BOSI, M. L. M; OLIVEIRA, F. P. Comportamentos bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 26, (Supl I), p.32-34, 2004.

BYRNE, S; MCLEAN, N. Eating disorders in athletes: A review of the literature. **Journal of Science and Medicine in Sport**. v. 4, n. 2, p. 145-159, 2001.

CENCI, M. **Prevalência de comportamento bulímico e sua associação com imagem corporal e estado nutricional em universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina**. [dissertação de mestrado]. Florianópolis:

Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação Em Nutrição; 2007.

CENCI et. al. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. **Revista de Psiquiatria Clínica.** v. 36, n. 3, p. 83-88, 2009.

CHINARELLI, J. T; GRAVENA, A. A. F. Insatisfação corporal e comportamento alimentar em freqüentadores de academia. **Revista Saúde e Pesquisa.** v. 5, n. 2. p. 280-287, 2012.

CLAUDINO, A. M; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** v. 24, (Supl III), p.7-12, 2002.

COELHO, G. M. O et al. Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? **Appetite.** v. 55, 2010.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares em discussão. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** v. 23, n. 4, p. 178-179, 2001a.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico, **Revista de Psiquiatria Clínica.** n. 31, v. 4, p. 154-157, 2004b.

CORDÁS, T. A; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** v. 24 (Supl III), p. 3-6, 2002.

CORREGIARI, F. et. al. Transtorno obsessivo-compulsivo e fobia alimentar: aspectos psicopatológicos e terapêuticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** v. 22, n. 1, p. 23-25, 2000.

COOK, B. J; HAUSENBLAS, H. A. The Role of Exercise Dependence for the Relationship between Exercise Behavior and Eating Pathology. Mediator or Moderator? **Journal of Health Psychology.** v. 13, n. 4, 2008.

CUMMING, et. al. Experiências e Expectativas em Práticas de Atividades Físicas de Pessoas com Anorexia Nervosa. **Revista Movimento**. Porto Alegre, v. 15, n. 02, p. 69-85, abril/junho de 2009.

DAVIS C, KAPTEIN, S. Anorexia nervosa with excessive exercise: a phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. **Psychiatry Reserch**. 142:209-17, 2006.

DAVIS et al. Behavioral frequency and psychological commitment: necessary concepts in the study of excessive exercising. **Journal Behavior Medicine**. v. 16, p. 611-628, 1993.

DAVIS, C. et al. Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising. **Journal of Psychosomatic Research**. v. 39, n. 1, p. 967-976, 1995.

DAVIS et al. The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: etiological implications. **Comprehensive Psychiatry**. v. 38, n.1 p. 321–326, 1997.

FAIRBURN, C. G, et al. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. **Archives of General Psychiatry**. n. 57, p. 659-666, 2000.

FREITAS, S. et al. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 24; p. 34-38, 2002.

FREIMUTH, M. et al. Clarifying Exercise Addiction: Differential Diagnosis, Co-occurring Disorders, and Phases of Addiction. **International Journal of Environmental Research and Public Health** v. 8, p. 4069-4081, 2011.

GARNER, D. M; GARFINKEL, P. E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**. v. 9, p. 273 -279,1979.

GONÇALVES et al. Exercising for weight and shape reasons vs. health control reasons: The impact on eating disturbance and psychological functioning. **Eating Behaviors**. v. 13, n. 2, p 127–130, 2012.

IRALA, J et al. Validation of the Eating Attitudes Test (EAT) as a screening tool in the general population. **Medicina Clínica**. v. 12; n. 13. p. 487-491, 1999.

KLEIN, et al. Behavioral Assessment of the Reinforcing Effect of Exercise in Women with Anorexia Nervosa: Further Paradigm Development and Data. **International Journal of Eating Disorders**. v. 43, n.7, p. 611–618, 2010.

KLEIN, et al. Physical activity and cortisol in Anorexia Nervosa. **Psychoneuroendocrinology**.v. 32, p. 539–547, 2007.

LEICHNER, P. et al. Validation of an eating attitude scale in a French-speaking Quebec population. **Canadian Journal of Psychiatry**. v. 39, n. 1, p. 49-54, 1994.

LYPSEY, Z. et al. “After a workout ...” Beliefs about exercise, eating and appearance in female exercisers with and without eating disorder features. **Psychology of Sport and Exercise**. v. 7,n. 5, p. 425-436, 2006.

MAGALHÃES, V. C; MENDONÇA, G. A. S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n. 3, p, 236-245, 2005.

MARKS, P., HARDING M. **Fitness Australia Guidelines: Identifying and managing members with eating disorders and/or problems with excessive exercise**. A collaborative project between The Centre for Eating & Dieting Disorders [CEDD] and Fitness First Australia on behalf of Fitness Australia. Sydney, Australia, 2004.

McLAREN. The Role of Perfectionism and Excessive Commitment to Exercise in Explaining Dietary Restraint: Replication and Extension. **International Journal of Eating Disorders**. v. 29, p. 307–313, 2001.

MELIN, P; ARAÚJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 24, n. 3, p. 73-76, 2002.

MEYER, C; TARANIS, L. Exercise in the Eating Disorders: Terms and Definitions. **European Eating Disorders Review**. v. 19, p. 169–173, 2011.

MEYER, C. et al. Compulsive Exercise and Eating Disorders. **European Eating Disorders Review**. v. 19, p. 174–189, 2011.

MEYER, C. et al. Excessive Exercise in the Eating Disorders: A Need for Less Activity from Patients and More from Researchers... **European Eating Disorders Review**. v. 16, p. 81–83, 2008.

MINTZ, L. B; O'HALLORAN, M. S. The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV Eating Disorders Criteria. **Journal of Personality Assessment**. v. 74, p. 489-503, 2000.

MOND, J. M. et al. An Update on the Definition of “Excessive Exercise” in Eating Disorders Research. **International Journal of Eating Disorders**. n. 39, v. 2, p. 147–153, 2006.

MOND, J. M; CALOGERO, R. M. Excessive exercise in eating disorder patients and in healthy women. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. v. 43, n. 1, p. 227-234, 2009.

MORGAN, W. P. Affective Beneficence of Vigorous Physical Activity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. v. 17, n. 1, p. 94-100, 1985.

MORROW, et al. **Medida e Avaliação do Desempenho Humano**. São Paulo: Artmed, 2003.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (NCCMH). **Eating Disorders:** Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2004.

NUNES, M. A. et al. Considerações Sobre o Teste de atitudes Alimentares (EAT-26). **Revista da ABP-APAL**, n. 16, p. 7-10, 1994.

PEÑAS-LLEDÓ, et al. Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. **International Journal of Eating Disorders**. n. 31, v. 4, p. 370-375, 2002.

PEREIRA, A. T, et al. The Portuguese Short Form of the Eating Attitudes Test-40. **European Eating Disorders Review**. v. 16, p. 319-325, 2008.

PETRIE, T. A; GREENLEAF, C. A. **Eating Disorders in Sport** in: Handbook Of Sport Psychology. 3th edition, 2007.

PHILIPPI, S. T, ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. In: CORDÁS, et al.. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. Barueri: Manole, 2004.

PRICHARD, I; TIGGEMANN, M. Relations among exercise type, self-objectification, and body image in the fitness centre environment: The role of reasons for exercise. **Psychology of Sport and Exercise**. v. 9, n. 6, p. 855-866, 2008.

RONCERO, M. et al. Study of Obsessive Compulsive Beliefs: Relationship with Eating Disorders. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**. v. 39, p. 457–470, 2011.

SHAPIRO et al. Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **International Journal of Eating Disorders**. v. 40, n. 4, p. 321–336, 2007.

SILVA, A. B. B. **Mentes Insaciáveis**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

SILVA, E. L. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. – 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005.

SIM, L. A; et al. Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. **Mayo Clinic Proceedings**. v. 85, n. 8, p. 746-751, 2010.

SMINK, F. R. E. et al. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. **Current Psychiatry Reports**. v. 14, n. 4, p. 406-414, 2012.

SMOLAK, L. et al. Female athletes and eating problems: a meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**. v. 27, n. 4, p. 371-380, 2000.

TALWAR, P. Factorial Analysis of The Eating Attitude Test (EAT-40) among a group of Malaysian University Students. **Malaysian Journal of Psychiatry**. v. 20, n. 2, 2011.

TEIXEIRA et al. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo da versão brasileira do Commitment Exercise Scale. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.38, n. 1, p. 24-28, 2011.

TORRES, A. R; SMAIRA, S. I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 23, (Supl II), p. 6-9, 2001.

VIEIRA, J.L.P; et al. Distúrbios de atitudes alimentares e sua relação com a distorção da auto-imagem corporal em atletas de judô do estado do Paraná. **Revista da Educação Física**; Maringá, v. 17, n. 2, pag. 177-184, 2006.

VINKERS, C. D. et al. Body esteem and eating disorder symptomatology: the mediating role of appearance-motivated exercise in a non-clinical adult female sample. **Eating Behaviours**. v. 13, n. 3, p. 214-218, 2012.

WEINBERG, C. Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da Anorexia Nervosa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. 13, n. 2, p. 224-237, 2010.

WEIS, A. et al. Bulímicas: Elas vão à academia de ginástica? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. No prelo, 2013.

WHO - World Health Organization. **The CID-10 classification of mental and behavioural disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines**, 1992.

YOUNG, K. P; ANDERSON, D. A. Prevalence and Correlates of Exercise Motivated by Negative Affect. **International Journal of Eating Disorders**. v. 43, n. 1, p. 50–58, 2010.

ZUNKER, C. et al. Exercise interventions for women with anorexia nervosa: a review of the literature. **International Journal of Eating Disorders**. v. 44, n.7, p. 579-584, 2011.

Anexo 1**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A PESQUISA DA ACADEMIA DE
GINÁSTICA**



Prezada Prof^a. Dra. Claudia Seely Rocco

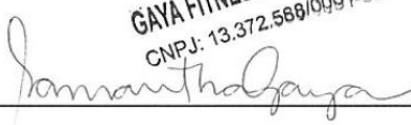
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Declaramos que nós da academia Gaya Fitness Club, de Balneário Camboriú – SC, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa intitulado “Transtornos Alimentares e Compromisso ao Exercício Físico no ambiente de academia de ginástica”, sob responsabilidade da aluna mestranda Andréia Weis, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do setor de Ciências da Saúde da UFPR, e que será realizado até fevereiro de 2013.

Estamos cientes que os sujeitos da pesquisa serão todos os alunos matriculados em nosso estabelecimento, e que o presente trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Autorizamos a pesquisadora a entrar em contato com nossos clientes, desde que seja respeitado o desejo deles em participarem desta pesquisa, subscrevendo o consentimento.

Atenciosamente,



Samantha Gaya
Proprietária da academia Gaya Fitness Club

GAYA FITNESS CLUB LTDA
CNPJ: 13.372.588/0001-56

Anexo 2
TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT 26) – VERSÃO EM PORTUGUÊS

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorada(o) com a idéia de estar engordando						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupada(o) com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sint(a) que não sou capaz de parar.						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex, pão, arroz, batata, etc.).						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpada(o) depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser magra(o).						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muita magra.						
14. Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer as minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos me controlam.						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doce.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estomago vazio.						
25. Gosto de experimentar alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

Anexo 3
ESCALA DE COMPROMISSO AO EXERCÍCIO FÍSICO

Escala de Compromisso ao Exercício Físico

Instruções: As seguintes declarações descrevem atitudes quanto ao exercício físico. Por favor, responda, marcando na linha junto a cada declaração, um ponto da linha que melhor descreva a sua posição.

1. O quanto você acha importante para o seu bem-estar geral não faltar às aulas de exercício físico?

|_____|
Nada Importante Muito importante

2. Você fica chateado(a) se por algum motivo você está incapacitado(a) de praticar exercícios físicos?

|_____|
Nunca se chateia Sempre se chateia

3. Se você perder uma ou várias sessões de exercício físico, você tenta fazê-las colocando em mais tempo de duração, quando volta a praticá-lo?

|_____|
Nunca Sempre

4. Você possui uma rotina fixa nas aulas de exercício físico (por exemplo, na mesma hora do dia, no mesmo lugar, com o mesmo número de séries, com os mesmos exercícios, etc.)?

|_____|
Sem rotina Rotina fixa

5. Você continua a se exercitar nos momentos em que se sente cansado(a) ou indisposto(a)?

|_____|
Nunca Sempre

6. Você continua a se exercitar mesmo quando está com o corpo dolorido por causa da lesão relacionada ao próprio exercício?

|_____|
NuncaSempre

7. Você se sente culpado(a) a ponto de ficar frustrado quando falta a uma sessão de exercício físico?

|_____|
Nenhum poucoBastante

8. Existem momentos em que você recusa convites para eventos sociais interessantes porque isso interfere no seu horário de exercício físicos?

|_____|
NuncaSempre

Anexo 4
ANAMNESE

Data: ____/____/____ Nome: _____ (opcional)

Data de nascimento ____/____/____ Idade: _____

- Estado civil: () solteiro, () casado, () viúvo, () separado/desquitado/divorciado

- Tem filhos? Sim () Não (), Se sim, quantos? _____.

- Qual seu nível de escolaridade?

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior

() Pós-graduação.

- Qual a faixa de renda mensal das pessoas que moram em sua casa?

() Até 3 salários-mínimos, () De 3 a 10 salários-mínimos;

() De 10 a 20 salários-mínimos;

() De 20 a 30 salários-mínimos; () Mais de 30 salários-mínimos.

- Profissão: _____

Você já utilizou o exercício físico como procedimento para perda de peso?

Sim () Não ()

Há quanto tempo pratica exercício em **academia** sem haver interrupção maior que um mês?

Com que idade começou a prática de exercícios em academias? _____

Qual a média de duração da sessão de treinamento? _____

Quantas vezes por semana? _____

Quais exercícios são realizados?

() musculação () ginástica localizada () ginástica aeróbica

() kangoo () Dança () pump () bike

() Lutas () esteira/ elíptico/ bike outra (s): _____

Qual são os objetivos com a prática de exercícios físicos? **(Liste em ordem de prioridade)**

Anexo 5
PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS ALIMENTARES E COMPROMISSO AO EXERCÍCIO FÍSICO NO AMBIENTE DE ACADEMIA DE GINÁSTICA.

Pesquisador: Andréia Weis

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08559612.0.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Educação Física

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 150.169

Data da Relatoria: 21/11/2012

Apresentação do Projeto:

Há uma exposição diária ao discurso do dever de cultivar corpos perfeitos e saudáveis, ao mesmo tempo, em total contradição, a população é bombardeada com inúmeras opções de comidas, fast foods e alimentos hipercalóricos.

Nesse contexto, como não surgirem transtornos relacionados à alimentação, se ao mesmo tempo em que se é submetido à norma da magreza a indústria convida a comer quase tudo?

A necessidade de se enquadrar nesta sociedade faz com que sejam lançados esforços e tentativas insanas, que podem resultar em consequências gravíssimas. Dentro disso, estão os quadros de transtornos alimentares (TA), segundo a American Psychiatric Association - APA (2006c), principalmente a anorexia nervosa, bulimia nervosa e o transtorno alimentar não especificado, desordens que afetam o psíquico e alteram a percepção corporal.

O diagnóstico correto dos transtornos alimentares pode ser dificultado pela não aceitação do indivíduo em procurar ajuda profissional, por não admitir que está doente ou por achar que irá conseguir se curar sem auxílio especializado. Com isso somente casos mais graves procuram tratamento, o que pode implicar em incidência e prevalência subestimadas (BORGES et al., 2006).

O exercício físico é uma das ferramentas comumente utilizadas para perda e manutenção do peso, mas no momento em que as sessões de treinamento se estendem por horas e são realizadas de forma exacerbada, exercício passa a ser uma arma contra o próprio corpo, acarretando em problemas de ordem física e social (CLAUDINO e BORGES, 2002). Por outro lado, o exercício físico monitorado e controlado por profissionais pode auxiliar os indivíduos saudáveis ou com

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



transtornos alimentares, através de mecanismos fisiológicos envolvidos na melhora do humor, na diminuição dos sintomas ansiosos e até mesmo como forma de distração de problemas e tensões (MORGAN, 1985). Encontra-se, então, duas vertentes da relação de atividades físicas com os transtornos alimentares: a prática excessiva e descontrolada de pessoas com algum transtorno alimentar como método para perder peso e a possível intervenção com atividades supervisionadas em conjunto com o atendimento clínico (CUMMING et al., 2009).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Verificar a associação entre transtornos alimentares e compromisso ao exercício físico no ambiente de academia de ginástica.

METODOLOGIA - O estudo caracteriza-se como uma pesquisa quase experimental do tipo Ex-Post Facto, examinando a relação de escores de transtornos alimentares com o compromisso ao exercício físico. Pode identificar grupos de risco para fins de prevenção, mas também gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras.

A população do estudo será constituída dos 700 praticantes de exercício físico de uma academia de ginástica de Balneário Camboriú.

Instrumentos - EAT-26 - Teste de atitudes alimentares - Validado por Garner e Garfinkel

(1979), apresenta-se em duas versões: uma com 40 itens, e outra menor, com 26 itens (EAT-26), traduzido e validado para o português por Nunes et al., (1994) e Nunes et al., (2005). O questionário é utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de AN ou BN. O teste indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela a possível psicopatologia subjacente. O EAT é um questionário muito utilizado em avaliações de comportamento de risco e sintomas dos transtornos alimentares, tanto com pacientes, como em estudos populacionais (FREITAS et al., 2002).

Outro Instrumento que será utilizado é o CES (Commitment Exercise Scale Instrumento desenvolvido por Davis et al. (1993), traduzido e validado para utilização no Brasil por Teixeira et al. (2011). O Commitment Exercise Scale (CES) avalia o comprometimento, o comportamento e a atitude em relação ao exercício físico.

Os autores basearam-se em estudos de caso de homens e mulheres que tinham o hábito de se exercitar de maneira considerada pelos autores como excessiva e patológica. A escala avalia o grau de aderência do indivíduo ao exercício físico mesmo em condições adversas, cujo exercício pode interferir no aspecto social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios foram descritos.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados.

Recomendações:

As recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A declaração do co participante modelo CONEP, onde o mesmo concorda com o parecer deste CEP/SD, foi anexada.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- É obrigatório trazer ao CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

CURITIBA, 21 de Novembro de 2012

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Anexo 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Curitiba, outubro de 2012.

Olá!

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo identificar comportamentos da prática de exercício físico e alimentares em freqüentadores de academia de ginástica. Os resultados irão auxiliar no conhecimento dos profissionais e o porque são realizadas essas práticas. O principal benefício da pesquisa é de poder identificar os comportamentos relacionados à essas práticas e também para prescrição e orientação de exercício físico.

A sua participação nesta pesquisa é optativa e os resultados serão utilizados com caráter exclusivamente científico e sigiloso.

Convido você a preencher questionários com algumas informações sobre os seus padrões alimentares e de exercício, além de alguns dados socioeconômicos.

Não haverá riscos diretos no preenchimento dos questionários, mas se em qualquer momento surgir desconforto ou constrangimento em responder as questões que compõem o estudo, você pode desistir de participar do estudo, sem justificar a sua razão.

O tempo de preenchimento dos dados e de aproximadamente 20 minutos, sendo o questionário aplicado na sala de avaliação física da academia.

Sua participação neste estudo garante:

- I. Não haverá nenhum custo financeiro para você;
- II. Fica segurado o sigilo das suas respostas;
- III. Fica segurado o direito a esclarecimentos sobre outros detalhes da pesquisa, quando você julgar necessário, bem como, você cancelar esta autorização em qualquer tempo, sem que haja prejuízos de qualquer ordem.

Pelo presente Termo de Consentimento Informativo Livre e Esclarecido, declaro que estou de acordo em participar deste projeto de pesquisa, livre de qualquer tipo de constrangimento, pois fui informado de forma clara e detalhada os objetivos, justificativa e procedimentos metodológicos aos quais serei submetido.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

estou de acordo com a participação nesta pesquisa científica, subscrevendo o consentimento.

Curitiba, ____ de _____, 2012.

Assinatura

Assinatura do pesquisador responsável

Desde já agradeço,

Andréia Weis (Curso de pós-graduação – Mestrado/ UFPR)

CREF: 013799 –G/PR

Contato: (47) 9662-2922.

Contato academia Gaya Fitness Club

Rua Nilva Melo Brandi, nº 22, Pioneiros – Balneário Camboriú – SC

(47) 3367 – 5661

A pesquisadora estará disponível no local de segunda à sexta, das 8 às 20h, para esclarecimentos e aplicação dos questionários.